

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

SATISFACTION AU TRAVAIL ET ATTITUDES DU
PERSONNEL SYNDIQUÉ FACE À UNE AMÉLIORATION
DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL:
UNE ÉTUDE EMPIRIQUE DANS UNE ORGANISATION
PUBLIQUE DE PETITE DIMENSION

PAR
LOUIS BRUNELLE
DÉPARTEMENT D'ADMINISTRATION ET D'ÉCONOMIQUE

RAPPORT DE RECHERCHE PRÉSENTÉ
EN VUE DE L'OBTENTION DU GRADE DE
MAÎTRE ES SCIENCES (M.SC.)

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Table des matières

Introduction	1
Chapitre premier - Contexte théorique et expérimental	8
La PMD publique	9
L'organisation hospitalière	25
La qualité de vie au travail	33
Objectifs de recherche	43
Chapitre II - Description de l'expérience	49
Le Centre hospitalier Christ-Roi	50
Sujets	51
Instruments de mesure	54
Déroulement de l'expérience	56
Chapitre III - Analyse des résultats	58
Méthodes d'analyses	59
Résultats	60
Interprétation des résultats	68
Conclusion	76
Appendice A - Caractéristiques de l'échantillon	82
Appendice B - Tableaux relatifs aux tests de signification	92
Appendice C - Instruments de mesure	100
Appendice D - Informations supplémentaires	113
Remerciements	117
Références	118

INTRODUCTION

En novembre 1980, devant les étudiants de la Wharton School, le Président de la bourse de New-York disait que le problème économique le plus sérieux auquel les Etats-Unis font face est la faible croissance de la productivité. Ce concept de productivité est une donnée courante de l'économie du marché, notamment au niveau micro-économique de l'entreprise. Au Québec, ce n'est que récemment que le concept a pénétré les sphères du secteur public. La part croissante de ce secteur dans l'économie en est une cause (Bélanger, 1981). Mais il y a eu aussi un changement de perception du secteur public; avant on considérait que le facteur politique, la permanence des institutions et l'absence de profit rendaient la productivité antinomique au secteur public. En période de croissance économique, une telle explication suffisait. Cependant l'augmentation des dépenses publiques jumelée à un affaiblissement de la croissance économique a motivé un changement d'orientation. Il y a eu d'abord l'effet des comparaisons salariales entre les secteurs privé et public puis les nombreuses recherches faites par les institutions gouvernementales sur la productivité de leurs services. A cet égard, le Gouvernement du Québec inscrivait, en 1982, l'évaluation du rendement pour une meilleure productivité au sein de ses priorités par la création d'une commission spéciale sur la fonction publique.

La diversité des conceptions relatives à la notion et à la mesure

de la productivité fait maintenant place à une convergence de la perception assez généralisée de la fonction publique québécoise chez toutes les couches de la société: chez les contribuables évidemment, chez les hommes d'affaires et les gestionnaires d'entreprise privée, chez les bénéficiaires des services tels que malades, chômeurs, assistés sociaux, chez les politiciens dont la réforme du secteur public est un thème électoral courant, chez les employés du secteur public même qui déplorent l'inefficacité des autres entités administratives, du système, du ministère. Ce commentaire emprunté à l'économiste Pierre Fortin (1982) illustre d'ailleurs assez fidèlement ce qui est presque devenu un consensus social:

...on a laissé grandir impunément au cours de la dernière décennie, une fonction publique et parapublique foncièrement improductive. L'improductivité n'est pas un attribut des personnes, mais du système de gestion des ressources physiques et humaines (P. 14).

Buchanan (1977) constate aussi la faible productivité du secteur public. Il estime qu'on y paie des salaires équivalents ou plus élevés qu'au privé bien que sa productivité soit inférieure. Les augmentations salariales haussent donc le coût du travail et des services publics sans hausser la productivité. Hayek (1960) croit que la croissance de l'État trouve sa source dans le rôle des fonctionnaires eux-mêmes. Les facteurs endogènes comme les cadres ou la professionnalisation jouent un rôle moteur dans la croissance des services publics. Ceux-ci sont favorables au développement des institutions et de la bureaucratie car

cela répond à leurs intérêts. Dans la même veine, Niskanen (1971) explique la croissance du secteur public par ce qu'il nomme "le marché politique". Le but de l'homme politique et du fonctionnaire est de maximiser leur utilité. Pour ce faire, il consent à développer les services publics afin de satisfaire, tantôt un groupe, tantôt l'autre.

Pour améliorer cette productivité, de nombreux auteurs sont d'avis que c'est la science du comportement et ses corollaires de qualité de vie au travail, de responsabilités, de motivation et de relations humaines qui se dessinent comme le nerf principal de la productivité. On rejoint ici Klinger (1982), Côté (1982) et Landry (1982) qui cadrent la productivité dans une globalité qui émerge du travail humain. Elle ne peut être isolée de la gestion des ressources humaines dit Jain (1982): l'approche contemporaine de la productivité passe, non pas par la taylorisation, mais par une meilleure qualité de vie au travail (enrichissement des tâches, communications, humanisation) et par une participation accrue qui peuvent induire une réduction des coûts et donc accroître la productivité.

Au XIX siècle, les travailleurs étaient soumis à l'autorité des dirigeants; leur motivation, liée à leurs conditions de vie, était d'ordre monétaire et centrée sur la survie. Ceci explique, pour une part, le succès des pratiques de gestion axées sur l'organisation scientifique du travail. Ces pratiques de gestion encore utilisées aujourd'hui, avec le raffinement apporté par l'École des relations humaines entre autres,

ne réussissent plus à assurer la productivité souhaitée des travailleurs; elles contribuent même à menacer la survie des entreprises. Il existe selon les spécialistes en gestion des ressources humaines, une certaine urgence, tant dans le secteur privé que public, à adopter un style de gestion prévisionnel basé sur des valeurs de changement, d'ouverture et de flexibilité, faute de quoi, le climat social dans nos organisations continuera de se détériorer, et la productivité de surcroît.

Un nombre grandissant d'organisations opèrent des transformations majeures en faveur d'une meilleure adaptation du travail aux caractéristiques et aux besoins de leurs travailleurs.

Le milieu hospitalier a-t-il emboîté le pas ou est-il foncièrement trop différent? Peut-on penser à améliorer la qualité de vie au travail lorsqu'on se réfère aux secteurs public et parapublic? Peut-on créer un climat de travail plus favorable en considérant l'intensité du mouvement syndical dans ce secteur? Est-il plus facile d'améliorer la qualité de vie au travail parce qu'on oeuvre dans une entreprise de petite dimension? Quelle est l'attitude des syndiqués envers la qualité de vie au travail? Un groupe est-il plus favorable qu'un autre envers la qualité de vie dans l'entreprise?

La présente étude s'inscrit précisément dans ce mouvement de recherche. Il s'agit d'explorer cette problématique en vérifiant d'une part, la satisfaction au travail et d'autre part, les attitudes des

employés syndiqués d'un petit établissement du réseau hospitalier (PMD publique) face à une amélioration de la qualité de vie au travail dans cette organisation. A cet égard, un examen de la documentation nous permet de constater une absence marquante d'études portant sur ce groupe particulier. Il en est de même pour une étude particulière sur les attitudes des employés syndiqués.

La méthodologie utilisée consiste en un questionnaire détaillé intitulé "Inventaire de satisfaction au travail chez le personnel syndiqué du Centre hospitalier Christ-Roi de Nicolet". Ce dernier comprend trois parties: une partie biographique, une partie sur la satisfaction au travail et une dernière sur les attitudes des employés face à une amélioration de la qualité de vie au travail. Au total, cinquante-deux (52) questions y sont incluses.

Les résultats obtenus ont été traités à l'aide de statistiques descriptives permettant d'établir le profil de satisfaction et d'attitudes chez les sujets interrogés. L'analyse de variance et le test t de Student ont permis par ailleurs de vérifier la présence de différences significatives entre les sous-groupes comparés.

Au plan du déroulement, la recherche respecte les trois étapes majeures suivantes. Dans un premier temps, afin de préciser la problématique ayant initié cette étude, le contexte théorique et expérimental expose d'une part, une vue d'ensemble des caractéristiques principales d'un centre hospitalier et plus précisément, du Centre hospitalier Christ-Roi de Nicolet.

D'autre part, il contient quelques recherches et opinions de différents auteurs sur les concepts de productivité et de qualité de vie au travail. Les hypothèses sont présentées dans la dernière partie de ce chapitre.

Le chapitre suivant est consacré à la description des sujets, des instruments de mesure et du déroulement de l'expérience. Entre autres, celui-ci inclut une série d'informations concernant les caractéristiques personnelles, professionnelles et socio-économiques des sujets.

Finalement, les méthodes d'analyse ainsi que la présentation et l'interprétation des résultats font l'objet du dernier chapitre. Pour les administrateurs du réseau des Affaires sociales, ce mémoire peut constituer une réserve de données et une base de réflexion. Plus particulièrement, les dirigeants de l'Hôpital du Christ-Roi pourront utiliser les résultats de l'analyse pour orienter leurs efforts d'amélioration de la qualité de vie au travail.

Chapitre premier

Contexte théorique et expérimental

La PMD publique

Les PMD privées et publiques

Les caractéristiques qui différencient les secteurs privé et public sont-elles d'ordre fondamental et stratégique, d'ordre historique donc susceptibles de changement, ou strictement d'ordre tactique et opérationnel, donc non fondamentales? Il existe actuellement, selon Picard (1980), deux écoles de pensée concernant les comparaisons possibles entre les organisations du secteur public et celles du secteur privé. Une première école assume que les différences sont stratégiques et fondamentales, que les similarités sont purement accidentelles et qu'alors toute comparaison est boiteuse au départ et ne peut donner que des résultats fragmentaires et sans intérêt général. On pourrait appeler cette école, l'école historique. Une deuxième école, qu'on pourrait appeler l'école de la convergence, croit par ailleurs que les différences sont ni fondamentales, ni stratégiques et qu'éventuellement, les secteurs public et privé seront essentiellement semblables de telle sorte que l'amélioration du secteur public ne peut aller que dans la direction de méthodes et de concepts administratifs de plus en plus semblables à ceux utilisés dans le secteur privé. Pour tenter de démystifier ces deux secteurs, notre étude a été établie en prenant comme comparaison les points suivants: la théorie

économique classique, la propriété, le statut légal et l'organisation de la gestion.

Si l'on se réfère aux modèles élaborés par plusieurs économistes qui sous-tendent l'approche systémique classique de l'entreprise, l'organisation publique est considérée comme une totalité organique qui se rapproche de très près au secteur privé. En effet, cette théorie définit toute organisation ou entreprise, et peu importe son secteur d'origine (coopératif, privé, bénévole, public ou parapublic), comme étant un système reposant sur trois éléments de base.



A partir de ce modèle simplifié, il est bien évident que toute organisation privée ou publique obéit aux mêmes lois universelles que suscite l'approche systémique. C'est dans cet esprit que Pellán (1980) y a dégagé les zones de similitude suivantes:

- Comme l'entreprise privée, tout système (ou organisation) public a son propre degré de complexité, entendu au sens où la complexité symbolise l'incapacité de décrire tout le système et de déduire son comportement à partir de la connaissance de ses parties.
- Comme l'entreprise privée, tout système (ou

organisation) public est ouvert par définition, dans la mesure où l'environnement influe sur la firme et ce, à différents degrés.

- Comme l'entreprise privée, tout système public en tant qu'un tout organisé est incertain face à son devenir puisqu'il peut être remis en cause par un système supérieur (ou macro-système).
- Comme l'entreprise privée, tout système public est, par définition, en évolution.
- Comme l'entreprise privée, tout système public met en oeuvre des facteurs de production de différents types, pour obtenir un ou plusieurs "outputs".
- Comme l'entreprise privée, tout système public s'efforce de satisfaire, par une activité de service, une demande exprimée, et la consommation de ces services est divisible quant aux quantités consommées.

Les caractéristiques fondamentales qui différencient les organisations publiques et privées doivent, a priori, se dégager des types de propriété propres à chaque secteur. Ainsi appartient au secteur privé, toute entreprise dont les actifs appartiennent à des individus ou à des corporations qui elles-mêmes appartiennent à des individus, soit les entreprises privées à but lucratif ou les associations volontaires. Par contre, dans le cadre du contexte de petite et moyenne entreprise, il est primordial de noter que la propriété chez la PME privée est beaucoup plus concentrée. Il est courant de voir un seul individu posséder à 100% une entreprise de petite taille. Nous n'avons qu'à penser ici à tous les commerces de détail possédés par un seul individu.

Appartient au secteur public toute organisation, entendu au

sens très large, comme les ministères du gouvernement et les sociétés d'état. Tous ces organismes sont la propriété de la collectivité et sont financés en partie à même les revenus de l'état. Conséquemment, son statut légal est défini très souvent par une loi gouvernementale. Si l'on prend l'exemple du secteur hospitalier, celui-ci est défini par le chapitre 48 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

De plus, selon Pellan (1980), l'analyse de la fonction gestion des deux types d'organisations fait aussi ressortir quelques différences marquantes, principalement au niveau du conseil d'administration, du nombre de cadres et du chef d'entreprise. Ainsi il existe très peu de PMD privées qui possèdent et utilisent véritablement un conseil d'administration. Lorsqu'il en existe un, son rôle est davantage consultatif. Il ne jouit que de peu de pouvoirs et très rarement pourra-t-il nommer le chef de l'entreprise. Pour sa part, la PMD publique est dirigée, la plupart du temps, par un conseil d'administration nommé en vertu de la législation.

De façon générale, il y a peu de niveaux hiérarchiques (2 ou 3) dans le secteur de la PMD privée, le propriétaire-dirigeant ayant tout au plus quelques cadres intermédiaires et contremaîtres qui se rapportent à lui. Ceux-ci ont une définition de tâches très diversifiée et très vaste. La fonction production est souvent la plus structurée. Dans le secteur public, l'avènement des politiques de décentralisation des gouvernements ont amené une hiérarchisation des plus complexes. Si l'on prend l'exemple d'un petit centre hospitalier, il n'est pas rare

d'y retrouver un nombre impressionnant de cadres occupant des fonctions reliées aux domaines suivants: finances, services auxiliaires, service du personnel, soins infirmiers et services professionnels. D'ailleurs la Loi sur les services de santé et services sociaux exige la présence d'un directeur des finances, d'un directeur des soins infirmiers et d'un directeur des services professionnels et ce, quelque soit la grandeur de l'hôpital.

Enfin, le fait que propriétaire et chef d'entreprise ne font souvent qu'un dans la PME privée constitue une différence fondamentale par rapport au secteur public. Ce propriétaire chef d'entreprise a souvent investi tout son avoir dans son entreprise, ce qui explique en partie la très grande motivation et la détermination que l'on retrouve chez-lui. Comme nous l'avons mentionné plus haut, la tâche du chef d'entreprise de la PME privée est très vaste. En plus des tâches du chef d'une grande entreprise (coordination des différentes fonctions, application des objectifs et stratégies), le chef de la PME assumera les tâches du conseil d'administration et fréquemment, la direction de plus d'une fonction. Il sera le plus souvent spécialisé au niveau de la production. Dans le secteur public et plus particulièrement dans un petit centre hospitalier, le directeur général a une tâche bien précise et détient rarement plus d'une fonction de direction. Sa tâche lui est dictée dans le chapitre 48 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Il a été nommé à son poste selon un processus de sélection formel comme tous les autres directeurs

généraux des établissements de santé.

Selon Toulouse et Lapointe (1977), les entrepreneurs de PME privée ont généralement un niveau de scolarité relativement peu élevé, comparativement aux administrateurs (ceux qui assument la présidence ou la direction générale d'une organisation ou d'une corporation publique) et gestionnaires (ceux qui assument les mêmes fonctions que les administrateurs mais dans une entreprise privée de grande dimension dont ils ne sont pas propriétaires).

Tableau 1
Répartition en % ^① des hommes d'affaires
en fonction de la scolarité

	<u>Entrepreneurs</u>	<u>Administrateurs</u>	<u>Gestionnaires</u>
Études primaires	11%	0%	0%
Études secondaires	40%	5%	16%
Études collégiales	3%	0%	5%
Quelques années universitaires	3%	0%	0%
Au moins 1er cycle universitaire	29%	86%	66%
Cours spéciaux ou de perfectionnement	25%	18%	32%

^① Le % total est supérieur à 100% parce que la catégorie de ceux qui suivent des cours spéciaux ou de perfectionnement comprend ceux qui sont comptés dans une ou plusieurs autres catégories.

On constate en effet que, selon l'étude de ces auteurs, 40% des entrepreneurs n'ont fait que l'école secondaire et que 54% (pourcentage de ceux qui n'ont fait que l'école primaire, plus pourcentage de ceux qui n'ont fait que l'école secondaire, plus pourcentage de ceux qui n'ont fait que les études collégiales) n'ont aucune formation universitaire. Par contre, nous remarquons que 86% des administrateurs ont au moins un diplôme universitaire de premier cycle. Ces résultats illustrent l'ascension plus rapide de l'entrepreneur à la direction générale de son entreprise puisque son entrée dans le monde du travail ne subit pas les délais occasionnés par les années de scolarité supérieures des administrateurs.

La place de la PMD publique à l'intérieur du système hospitalier

Il est difficile de qualifier une organisation de petite ou de grande, car la taille dépend souvent du contexte où elle se situe. L'évaluation de la dimension d'une entreprise peut se fonder sur toute une gamme de critères tels que l'actif, les ventes, le capital, les bénéfices, le nombre d'employés, le type de propriété ou la structure de la gestion. Aux Etats-Unis, on détermine la part du marché qu'occupe l'entreprise au sein du secteur industriel correspondant pour évaluer la taille de cette dernière. En général, la petite entreprise typique n'existe pratiquement pas et, par conséquent, il s'impose de la définir selon des critères très vastes. Dans un document de 1977 intitulé "La petite entreprise au Canada: perspective", le Gouvernement fédéral définit une entreprise comme petite si, au sein du secteur manufacturier, elle emploie

cent (100) employés ou si au sein d'autres secteurs, elle compte moins de cinquante (50) employés. Un certain nombre de provinces ont également adopté le nombre des cent (100) employés comme critère de classification.

En ce qui concerne le secteur de la santé, tous les centres hospitaliers de la province sont classés dans différents groupes selon deux (2) critères principaux, soit: le nombre de lits et les types de diagnostics qu'on y retrouve. Il est donc très difficile de délimiter, d'une façon rationnelle le petit et le grand centre. Par contre, selon des données récentes publiées par le ministère des Communications (1982), le Québec comptait le tiers de l'ensemble de ses hôpitaux à moins de cent (100) lits et un autre tiers entre cent (100) et deux cents (200) lits. A cet égard, on peut en conclure que l'hôpital de petite ou moyenne dimension se situerait aux environs de deux cents (200) lits et moins.

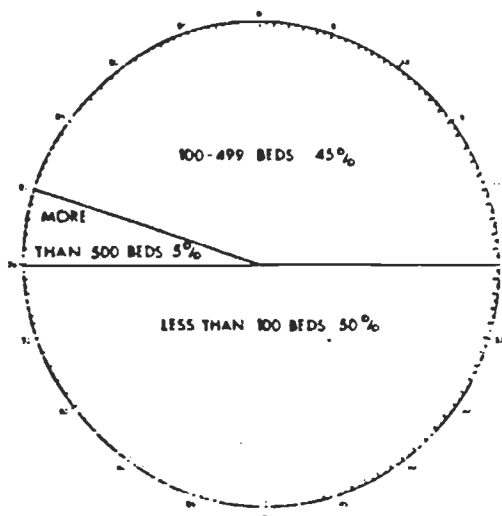
- Sa mission

L'accessibilité pour une population plus locale à des soins et services hospitaliers de base sur son territoire, telle est la mission fondamentale des petits hôpitaux et tel est le besoin essentiel des populations qu'ils desservent. Par "soins de base", nous référons à ces soins de niveau primaire (soins généraux et spécialisés) qui répondent, en quelque sorte à une demande courante et suffisamment importante de la population, ce que les américains appellent "Family care services".

L'expérience américaine est à ce sujet intéressante. Tucker (1978) écrit dans "Hospitals in the USA":

"The United States have been described as a nation of small hospitals. Most of the hospitals delivering short-term care have less than 100 beds and are relatively small". (P. 49)

Le schéma suivant est d'ailleurs éloquent sur la répartition en nombre de lits des cinq mille huit cent quatre-vingt-dix (5890) hôpitaux américains recensés en 1976 par l'American Hospital Association:



Répartition du nombre de lits des hôpitaux américains (1976)

Comme le souligne Tucker, deux niveaux de spécialisation (les soins de niveau secondaire et tertiaire) complètent le réseau hospitalier américain à partir de ces petits hôpitaux dits de "primary care" où l'on retrouve omnipraticiens et "spécialistes de famille":

"Primary care physicians in the past have been termed "general practitioners". Here, we are

referring to those physicians whose post-graduate education is directed toward the general care of patients. In addition to "family practice", a large proportion of the practices of specialists in the field of internal medicine, paediatrics and obstetrics and gynaecology entail the delivering of primary care to patients...". (P. 47)

En d'autres mots, pour être reconnu comme hôpital, le centre hospitalier de petite dimension doit, au minimum, non seulement offrir des soins et services généraux, mais également certains soins et services spécialisés de niveau primaire. Incidemment, ceci est tout à fait en accord avec la législation actuellement en vigueur au Québec qui stipule que les centres hospitaliers de soins généraux fournissent des services de chirurgie générale, de médecine, d'obstétrique à risque limité, d'anesthésie, de radiologie et certains services de biologie médicale et de pharmacie.

- L'élément-clé d'un réseau

On parle de "réseau" des Affaires sociales depuis plusieurs années. Évidemment, il s'est fait, depuis une quinzaine, des progrès gigantesques dans le rapprochement et l'articulation des différentes ressources socio-sanitaires. C'est ainsi que le monde de la "santé" et le monde "social" ne sont plus, comme c'était le cas il y a quinze (15) ans, des mondes s'ignorant totalement ou presque. C'est ainsi également que les rencontres, les communications, les échanges de services, la mise en commun de services, la complémentarité clinique, les liens opérationnels

interétablissements se sont considérablement amplifiés et raffermis.

Par contre, il semble, selon Aucoin (1981), que les établissements du réseau sont encore trop souvent cantonnés dans un autonomisme parfois assez hermétique; que ceux-ci (C.H., C.A., C.L.S.C., C.S.S.) sont des blocs encore passablement étanches et que les programmes gouvernementaux sont encore davantage, dans les faits, de type "catégorie d'établissements" plutôt que de type "programme de soins et services".

Dans ce contexte et dans le but d'intensifier les articulations interétablissements et interprogrammes socio-sanitaires d'un territoire donné, le rôle de l'hôpital de petite dimension est prépondérant. En d'autres mots, et il nous apparaît qu'il s'agisse là d'un volet important à la mission du petit hôpital, nous croyons qu'un "réseau" de services socio-sanitaires intégrés doit s'appuyer, comme élément-clé, sur le rôle de l'hôpital de petite dimension comme pôle d'articulation des services et des ressources du territoire.

Et comme le soumet avec beaucoup de justesse Ray E. Brown (1971):

"Until we see the delivery of medical and health care in this country as a matter of arrangements, we will make no progress. It is how you relate resources, as well as how you relate the personal components of those resources, that counts...

It would define the hospital of the future simply as an organization". (P. 99)

Et cette organisation hospitalière "réseau", postulons-nous, doit se vivre tout d'abord au niveau des petits hôpitaux, pôles dans

leurs sous-régions des soins généraux et spécialisés de base, eux-mêmes en étroite interrelation avec les centres hospitaliers spécialisés de niveaux secondaire et tertiaire.

- Son efficience économique

Certains technocrates par trop éloignés de la réalité soutiennent qu'un hôpital de deux cents (200) lits est trop petit, que le volume d'activités hospitalières (visites à l'externe, accouchements, actes chirurgicaux...) est trop faible et que le regroupement dans un seul hôpital assurerait à la fois meilleur coût et meilleure qualité.

Les tenants d'une centralisation poussée, au point d'anticiper la disparition de petits hôpitaux, ou du moins leur changement de vocation comme hôpital de courte durée au profit de grands hôpitaux, évoquent l'efficience économique devant résulter des économies d'échelles réalisées par cette centralisation.

Il est évident que regroupement et centralisation favorisent souvent de telles économies d'échelles. Prenons garde toutefois de considérer comme absolue cette "loi" qui comporte par ailleurs ses limites, ses contraintes, ses conditions. A cet effet, Migué et Bélanger soulignent dans "Le prix de la santé" (1972):

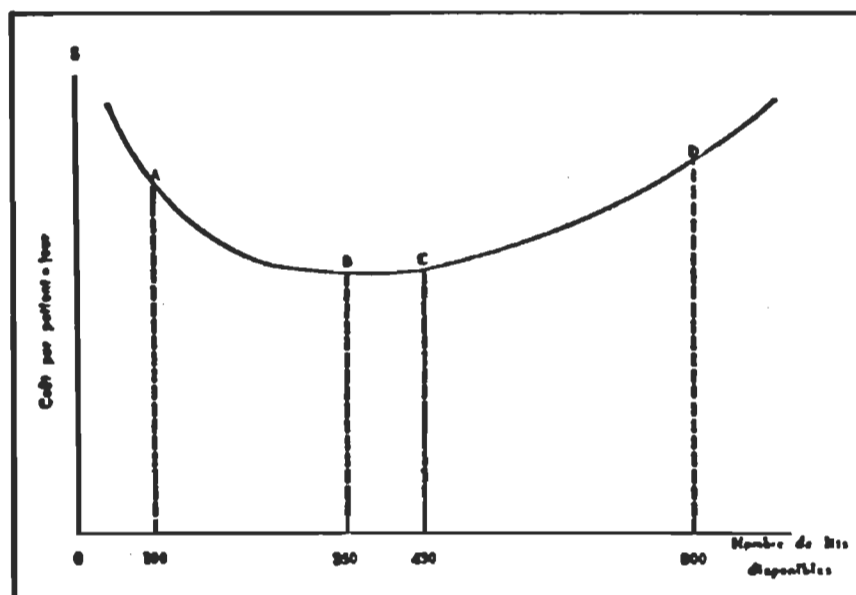
"Dans l'ensemble des entreprises, on présume généralement et on observe que la courbe de coût moyen prend la forme d'un U. On veut dire, par là, que lorsque toutes les ressources fixes

de l'entreprise ne sont pas suffisamment exploitées, le coût moyen de chaque unité de service produit est très élevé, qu'il diminue progressivement à mesure qu'on approche de la pleine utilisation du capital et du personnel invariables de l'entreprise et qu'enfin, au-delà d'une utilisation optimale, le coût moyen se reprend à augmenter par suite de la mauvaise combinaison de facteurs ou de ressources qui s'ensuit". (P. 36)

Cette notion pourrait être graphiquement représentée comme suit:

Tableau 2

Courbe des coûts moyens en relation avec la capacité de l'hôpital
(Migué et Bélanger, 1972).



Mais quelle est précisément cette taille optimale à partir de laquelle un hôpital peut produire un service donné au meilleur coût? Et existe-t-il effectivement une taille optimale pour maximiser l'efficacité

de production?

Cette question demeure fort difficile à répondre compte tenu de la nature, de la diversité et de la qualité des services offerts dans les hôpitaux. Et les conclusions à ce sujet varient considérablement d'un auteur à l'autre: de trois cents (300) à cinq cents (500) lits d'affirmer Kushner (1969) dans une étude portant sur les hôpitaux ontariens; de cent cinquante (150) à deux cents (200) lits selon une étude américaine menée par l'American Hospital Association et effectuée par Feldstein (1975); autour de deux cent soixante (260) lits de reprendre Evans (1971) ajoutant, par ailleurs, qu'en deçà de deux cent soixante (260) lits, la courbe de coût par jour-patient demeure à toute fin pratique horizontale.

Et comme le précisent justement Migué et Bélanger (1972), nombreux sont les facteurs importants qui expliquent les variations inter-hospitalières des coûts moyens: la grandeur de l'hôpital, les taux d'occupation, la répartition des types de patients, le volume des services thérapeutiques et diagnostiques, la qualité de la gestion, le rapport des chambres privées au total des chambres...

Ajoutons enfin que le cadre et les modalités d'organisation médico-administrative peuvent varier considérablement entre un gros et un petit hôpital: c'est ainsi que la départementalisation regroupée de certaines spécialités au niveau d'unités de soins polyvalents peut avantageusement abaisser le coût unitaire des services offerts.

Essentiellement, il nous apparaît que le volume plus faible d'activités hospitalières que l'on retrouve dans les petits hôpitaux est compensé, en terme de coût moyen, par le regroupement départemental et la polyvalence des unités de soins qui deviennent possibles et qu'on y retrouve effectivement. Ainsi un volume d'activités beaucoup plus grand qu'on retrouve dans des grands centres hospitaliers nécessite une départementalisation accrue et une sectorisation des unités de soins, ce que ce même volume compense, par ailleurs, en abaissant le coût unitaire des services.

- La qualité des soins offerts

La qualité des soins aux bénéficiaires est-elle en relation avec la taille de l'hôpital et le volume des activités hospitalières? Les points de vue à ce sujet sont partagés. Certains prétendent que la qualité des soins aux patients peut souffrir, dans un hôpital de petite dimension, du trop faible volume d'activités, des modes d'organisation médico-administrative, du manque de spécialistes, de l'insuffisance technologique... L'exemple de l'obstétrique a été en ce sens souventes fois cité depuis cette orientation du ministère des Affaires sociales en 1974, à l'effet de favoriser le regroupement des services obstétricaux.

Il est bien sûr que les services spécialisés de niveaux secondaire et tertiaire doivent être regroupés au niveau des centres hospitaliers spécialisés et ultra-spécialisés développant des expertises parti-

culières en ces domaines. Et ces centres doivent d'ailleurs à ce moment s'appuyer sur une équipe de spécialistes médicaux complète et chevronnée, un personnel infirmier et paramédical spécialisé et entraîné, ainsi que disposer de l'appareillage biomédical, si possible, à la fine pointe de la science médicale.

Nous croyons toutefois que les accouchements de grossesses à risque limité peuvent continuer de se faire avec qualité dans les petits hôpitaux de région. Et avec visage humain... élément important de la qualité globale des soins en plus des facteurs de choix, de sécurité, d'accessibilité...

De plus, il est important de mentionner que le fait, pour un hôpital, de se situer à un optimum de coût n'implique pas qu'il soit optimal sur le plan social ou psychologique et qu'il donne des soins de qualité optimale.

Le petit hôpital, de par son rôle dans le réseau des Affaires sociales, se doit donc de dispenser des services de première ligne. A ceci, ajoutons que sa dimension "humaine" nous laisse croire à des services de qualité.

L'organisation hospitalière

La demande de soins hospitaliers

C'est une caractéristique générale du domaine de la santé que l'ignorance du consommateur sur les soins qui lui sont nécessaires, et notamment sur le point de savoir si ceux-ci exigent ou non l'hospitalisation. De plus, le consommateur ne connaît pas l'investissement requis au traitement de sa demande. Deux traits principaux peuvent être dégagés de la nature même de la demande de soins de santé: son indivisibilité et son aspect aléatoire.

Si l'on observe la consommation de soins hospitaliers, on peut supposer, à première vue, qu'il s'agit d'une consommation divisible quant aux quantités de soins utilisés pour chaque individu, et donc repérable statistiquement. En fait, on se rend vite compte que l'identification de toutes les prestations effectuées au bénéfice d'un individu est très complexe et peu appliquée en réalité.

C'est surtout en terme d'efficacité, c'est-à-dire en terme de qualité, que ce caractère d'indivisibilité s'affirme. En effet, du point de vue qualitatif, chaque malade consomme un ensemble de soins non différencié. La valeur des soins qu'il reçoit dépend de facteurs qui caractérisent l'hôpital tout entier: nombre et compétence du personnel médical et paramédical, état des équipements, etc...

Tant qu'à son caractère aléatoire, il est important de noter

que la demande de soins hospitaliers connaît de fortes fluctuations saisonnières dont la régulation et la maîtrise sont rendues impossibles en raison de la contrainte d'urgence qui pèse sur l'hôpital. La demande est donc dominée par l'incertitude.

Selon Levy (1977) plusieurs facteurs socio-économiques influencent grandement la demande de soins médicaux. Les principaux sont:

- Le rôle du facteur de gratuité

L'existence d'un système d'assurance-maladie est particulièrement favorable au malade hospitalisé.

- Les caractéristiques d'ordre démographique

Il a été établi que l'âge accroît tout à la fois le risque morbide et le coût relié à l'hospitalisation. Les hommes semblent consommer relativement plus de soins hospitaliers que les femmes mais ces dernières, lorsqu'elles sont hospitalisées, présentent un risque vital plus élevé.

- Les facteurs dits psychosociologiques

Une population caractérisée par des problèmes d'ordre sociologique aigus, tels que le chômage et la délinquance, aura une influence certaine sur la demande de soins hospitaliers.

- La dépendance par rapport à l'offre

Tout progrès des techniques médicales, qui se traduit par une offre de services hospitaliers nouveaux, révèle des besoins latents et suscite une demande équivalente à l'offre nouvelle.

L'offre et la production des soins hospitaliers

De façon générale, pour l'ensemble des soins médicaux, les économistes soulignent la spécificité de ce secteur d'activité, en faisant référence à une notion de restrictions budgétaires et de degré de monopole détenu par les médecins quant à l'exercice de leur art. Sans discuter cette thèse dans toute son extension, on peut en voir une application particulière dans le domaine de l'hospitalisation. Incidemment, on peut souligner ici quelques traits prédominants de l'appareil de production hospitalier.

- Le statut d'établissement public et d'institution sans but lucratif

Ce statut implique un type d'organisation spécifique et rigoureusement défini par la loi. C'est ainsi que la Loi sur les services de santé et services sociaux précise, de façon très nette, à la fois la composition et les pouvoirs des différents organes de l'hôpital: l'exécutif représenté par le Directeur général, ainsi que la composition hétérogène du Conseil d'administration. De plus, c'est également la loi et

ses règlements qui définissent le type de centre hospitalier (courte durée, longue durée, psychiatrique...), ainsi que sa réglementation budgétaire (marge de manoeuvre de + ou - 1% du budget global).

Le statut de l'établissement public réfère aussi à la notion d'accessibilité des soins. Ainsi, il faut noter l'ouverture de l'hôpital à tout individu, la permanence des soins à tout moment de l'année, ainsi que l'accueil des cas d'urgence, quelque soit le degré d'occupation des services.

A ce statut d'établissement public s'associe l'institution sans but lucratif qu'est le centre hospitalier. A cet égard, il importe de mentionner la théorie de l'institution sans but lucratif définie par Bélanger (1981). Ainsi ce type d'organisation se donnerait d'abord pour tâche de diffuser au maximum la consommation de ses services, choix que lui aurait inspiré une décision de la collectivité. De plus, l'analyse des comportements de ces institutions témoigne du peu d'importance attribuée à l'objectif de la minimisation des coûts. L'intérêt des administrateurs semble porter bien davantage sur la taille de l'institution qu'on agrandit par la création de services spéciaux très coûteux et quelquefois peu utilisés. A titre d'illustration, on peut souligner les résultats d'une enquête faite auprès de sept cent soixante-dix-sept (777) hôpitaux équipés pour la chirurgie cardiaque. Il s'avère qu'au cours de l'année de l'enquête, trois cent cinq (305) des hôpitaux n'exécutèrent aucune opération à coeur ouvert; sur les cinq cent quarante-huit (548) hôpitaux

où se firent des opérations, 87% eurent moins d'un cas par semaine (Newhouse, 1970).

- L'existence d'une planification hospitalière

Cette caractéristique du réseau hospitalier constitue une contrainte aux services offerts par les établissements. En effet, le ministère des Affaires sociales a confié au Conseil régional de chaque région le mandat de préparer un plan de rationalisation pour sa région respective. Ce plan peut se solder par la diminution de services dans certains établissements ou tout simplement par une fermeture de certains centres hospitaliers. Cette ère de rationalisation a aussi affecté plus directement les petits centres hospitaliers qui doivent lutter contre la position de certains technocrates qui prétendent qu'un centre hospitalier de petite dimension est trop petit...et que le volume d'activité est trop faible.

De plus, l'offre de services des établissements est contrainte à un plan régional d'acquisition d'équipement en relation avec la notion de complémentarité véhiculée par le ministère. Ainsi Légaré (1982) soutient que l'administrateur local qui limitera son action aux seuls cadres de son établissement ou extensionnera son action à d'autres institutions dans la recherche unique de ses seuls intérêts, sans perspective sur le réseau, sans se référer aux objectifs de la loi, en se maintenant à un niveau de débat centré uniquement sur les moyens, sans préoccupation de la planification régionale, sans partager ses réussites, ni solliciter

de l'assistance face à ses difficultés, risque d'être à la remorque des autres, voire même d'être assimilé sans avoir pu se faire entendre.

- Une production qui reste largement indivisible

Personnel, équipement et consommation intermédiaire sont mis en oeuvre à l'hôpital dans un processus de production que les théoriciens peuvent qualifier d'indivisible quant à l'offre. En effet, une fois l'institution hospitalière mise en place, ses services sont potentiellement à la disposition de tous et en tout cas. Il y a là un phénomène de production jointe dans la mesure où à un service unique sont associés des utilisateurs multiples.

D'un point de vue théorique, on a donc autant de "produits" que de couples hôpital-utilisateurs. À cet égard, on démontre tout à la fois l'impossibilité d'une tarification au coût marginal et l'impossibilité de tout système de prix capable de se traduire par un optimum économique.

Interdépendance de l'offre et de la demande

Dans une industrie où les producteurs prennent en grande partie les décisions à la place des consommateurs, la quantité des services demandés peut dépendre de la capacité de l'organisation: nombre de médecins, nombre de lits, etc... Si on se réfère à une économie décentralisée, une augmentation de l'offre, provoquée par exemple par une innovation technologique, s'exprime dans une baisse de prix qui entraîne à son

tour une augmentation de la quantité demandée. Dans le cas d'un centre hospitalier, au contraire, l'adaptation à la hausse de la capacité ne se fait pas principalement par le mécanisme des prix, mais plutôt par la manipulation des préférences du consommateur, c'est-à-dire par un déplacement parallèle de la demande. Si, par exemple, le carnet de rendez-vous du médecin n'est pas particulièrement rempli à un moment donné, rien ne lui interdit de recommander à son patient d'aller subir d'autres examens à l'hôpital et de revenir le visiter. Dans le cas contraire, il laissera son patient juger de l'opportunité d'une autre visite, s'il ne choisit pas tout simplement de l'en dissuader. Le paiement des services par l'état ne peut que renforcer cette tendance.

Un produit difficile à cerner

Lorsqu'on cherche à préciser la nature du produit (output) de l'hôpital, on est tenté de se référer, soit aux missions qui sont les siennes, soit à un nombre d'indicateurs qui sont censés en exprimer l'importance quantitative. À cet égard, on doit reconnaître le caractère peu opératoire des notions telles que: diagnostiquer, traiter, rééduquer, soigner, guérir. Quant aux indicateurs traditionnels d'activité, leur insuffisance est évidente: compte tenu de l'hétérogénéité des états de santé des différents malades à l'entrée et à la sortie, comme des traitements reçus par les uns et les autres, on ne peut dire que le "malade traité" puisse valablement représenter le produit de l'hôpital.

La solution théorique idéale serait la saisie d'une différence d'état de santé du malade entre son entrée et sa sortie. A cet égard, seules quelques études exploratoires et expérimentales ont été tentées.

Une organisation interne particulière

Tous les sociologues insistent sur la diversité des "acteurs" qui interviennent à l'hôpital: administrateurs, médecins, personnel paramédical, personnel de soutien, etc... A cet égard, l'hôpital constitue une organisation particulière à l'intérieur de laquelle deux firmes principales coexistent et sont en perpétuelles négociations. D'une part, il y a le corps médical qui prend les décisions sur les soins à fournir aux patients y compris l'admission et la durée du séjour et qui demande à l'institution de lui fournir les services qu'il juge utiles aux traitements des malades. D'autre part, c'est l'administration qui doit rendre disponibles les services sans prendre les décisions sur les soins à donner aux patients et qui est de plus soumise aux contraintes de l'environnement et du réseau.

Cette division de l'hôpital illustre aussi un conflit en ce qui concerne les objectifs à atteindre des deux groupes. D'une part, les médecins poursuivent des objectifs qui sont liés aux soins en faveur du malade dont ils chercheront à améliorer la qualité par la spécialisation et la technicité croissantes, réclamant pour cela des quantités croissantes de moyens. D'autre part, les administrateurs sont plus attachés

à la satisfaction des objectifs globaux officiellement assignés (satisfaction à l'urgence par exemple) et par le respect des contraintes budgétaires imposées.

La qualité de vie au travail (QVT)

Définition

En septembre 1972, au centre de conférence de l'Université Columbia (Arden House) se tient une conférence qui regroupe des spécialistes de l'organisation de travail venus de plusieurs parties du monde. Une expression consacrée lors de cette conférence: la qualité de vie au travail. Des expressions comme "démocratie industrielle", "enrichissement des tâches", "design du travail" également proposées sont rejetées: soit parce qu'elles paraissent trop étroites, soit parce qu'elles revêtent des connotations trop politiques. La qualité de vie au travail suscite un idéal, suppose une approche d'amélioration et de développement. Elle recouvre une multitude d'activités, de thèmes et de techniques qui possèdent tous un point commun: la poursuite de la démocratie en donnant au travailleur, grâce à de nouvelles organisations du travail, plus de responsabilités et d'autonomie dans l'exercice de sa tâche. Pour certains praticiens et théoriciens de la QVT, ce concept ne se limite pas à la réorganisation du contenu

de la tâche suivant de nouveaux paramètres, mais il englobe aussi les améliorations touchant le contexte de travail. Ils identifient alors le travail comme un processus d'interaction entre personnes d'un même milieu de travail soit les travailleurs, les gestionnaires et les surveillants et une façon de régler les problèmes. La QVT mise alors sur:

- la coopération plutôt que l'autoritarisme;
- l'évolution, le changement au détriment de l'immobilisme;
- une forme d'organisation ouverte plutôt que rigide;
- des relations informelles plutôt que hiérarchisées et interpersonnelles plutôt que mécaniques;
- la solution de problèmes;
- une forme d'échange qui élimine les notions de perdant et de gagnant;
- le travail fondé sur le respect mutuel.

S'inspirant en grande partie de Bergeron (1982) et de Robert (1981), le concept de QVT peut se définir comme suit: l'application concrète d'une philosophie humaniste par l'introduction de méthodes participatives visant à modifier un ou plusieurs aspects du milieu de travail (l'amélioration du travail en soi, l'amélioration de l'environnement, l'amélioration du contexte de travail, l'amélioration entre le travail et la vie privée) afin de créer une situation nouvelle plus favorable à la satisfaction des employés et à la productivité de l'entreprise.

L'expression "philosophie humaniste" identifie une façon de concevoir le travail et l'organisation du travail fondée sur des principes

qui tiennent compte de la personne. En fait, c'est de croire au travailleur comme personne responsable et capable de participer activement à la prise de décision, à la résolution de problèmes connus dans le milieu de travail. Selon Boisvert et Thériault (1978), la qualité de vie au travail vise à modifier plusieurs facteurs que l'on peut regrouper sous quatre thèmes: le travail en soi, la participation à la prise de décision, le contexte du travail et la relation entre le travail et la vie privée.

- Le travail en soi

Le travail en soi constitue selon les auteurs nord-américains, le besoin d'avoir un travail exigeant plus que l'endurance, offrant un minimum de variété, d'autonomie et de relations avec les autres travailleurs tout en permettant à l'employé d'utiliser ses compétences.

- La participation à la prise de décision

Le concept de "démocratie industrielle" ou de "participation" n'est pas nouveau, mais l'intérêt que l'on porte est assez récent. Selon Côté et Tega (1980), la notion de participation signifie l'implication formelle d'un individu ou d'un groupe d'individus dans la programmation et le contrôle de ses (leurs) activités. Pour Nightingale (1977), elle comprend une implication aux prises de décisions aux plus hauts niveaux, incluant la politique de l'entreprise et impliquant tous les employés

sans distinction.

Quelque soit l'auteur consulté à ce sujet (Mills, 1978; Johnston, Alexander et Robin, 1978; Trist, 1981), tous considèrent la participation au processus décisionnel comme un élément essentiel de la philosophie de la qualité de la vie au travail. Que les décisions soient prises après en avoir discuté à fond avec les travailleurs ou que l'on donne aux travailleurs toutes les responsabilités nécessaires pour prendre des décisions, il a été prouvé que cette pratique améliore l'efficacité de l'organisation et ce, pour deux raisons. Premièrement, les employés se sentent plus liés aux décisions qu'ils ont contribué à prendre qu'à des décisions qui leur sont imposées par leurs supérieurs. Deuxièmement, lorsque les opinions, les talents et la perspicacité d'un grand nombre de personnes entrent en jeu, les décisions sont meilleures que lorsqu'elles ne sont prises que par un petit groupe de personnes. Un grand nombre d'administrateurs craignent que les travailleurs ne prennent des décisions irresponsables si on leur en donne l'occasion. Toutefois, si les travailleurs participent aux décisions impliquant le processus budgétaire, il est peu vraisemblable qu'ils prendront des décisions mettant en péril l'entreprise ou sa position par rapport à la concurrence.

Plusieurs techniques ont été mises de l'avant dans les organisations dans le but de favoriser la participation des employés. Mentionnons, entre autres, les cercles de qualité et les groupes semi-autonomes de production.

- Le contexte du travail

Afin de favoriser la qualité de vie au travail, le contexte de travail doit permettre des possibilités d'avancement et de formation, des avantages sociaux satisfaisants, une certaine sécurité d'emploi et surtout, une rémunération juste et suffisante. En effet, la majorité des études sur la satisfaction au travail font ressortir l'importance du salaire dans l'évaluation que les gens font de leur travail. Il n'y a pas beaucoup d'employés qui ne considèrent pas le salaire comme un aspect important d'un job. On a même, dans les sociétés occidentales, une tendance prononcée à relier l'importance d'un travail au salaire versé pour sa réalisation. Tous les niveaux d'employés d'ailleurs, que ce soit les cadres, les professionnels, les techniciens ou les employés non spécialisés sont préoccupés par la rétribution qu'ils reçoivent pour leur travail.

L'évaluation de la qualité de vie au travail passe par une appréciation de ce facteur. La QVT peut se développer lorsqu'on a l'impression d'être payé adéquatement, de façon équitable et honnête. Toute autre impression ne favorise ni la motivation, ni l'apparition d'idées neuves et créatrices susceptibles d'améliorer le travail. En outre, elle n'offre pas un terrain propice à la discussion des autres facteurs composant la QVT.

- La relation entre le travail et la vie privée

On a vite constaté l'influence du travail sur la vie privée

des individus et sur la qualité de la vie en général en découlant. La théorie sur la QVT admet que la vie de l'employé à son travail est un bon reflet de sa vie à l'extérieur de l'entreprise. Il est donc important de faciliter le transfert entre ces deux mondes.

Les programmes de QVT ont deux objectifs principaux qu'il ne faut pas essayer de classer par ordre prioritaire. Il s'agit d'une plus grande efficacité de l'entreprise et une meilleure satisfaction des employés. Aussi, cette approche convoite un meilleur équilibre entre la contribution humaine et celle des machines au cours du processus de production (approche socio-technique). Dans de nombreuses entreprises, l'employé est encore considéré comme une extension de la machine, une simple pièce ajoutée au processus. Ces programmes visent tout particulièrement à vouloir modifier la structure et le fonctionnement de l'organisation (méthodes de travail, le milieu de travail).

En résumé, on pourrait représenter par le tableau ci-dessous le concept de la QVT et son influence certaine sur la satisfaction et la productivité des employés (Johnston, Alexander et Robin, 1978).

Tableau 3

Le concept de QVT et ses implications

SYSTÈME A	SYSTÈME B
<p>Conception et gestion des tâches et organisation du travail fondées sur les principes de l'Organisation scientifique du travail.</p> <p>Conception axée sur le milieu physique et les besoins physiologiques du travail.</p>	<p>Conception et gestion des tâches et organisation du travail fondées sur les principes des systèmes socio-techniques.</p> <p>Conception axée sur le milieu physique et les besoins physiologiques du travail ainsi que sur les besoins organisationnels, sociaux et psychologiques de l'employé.</p>
<p><u>Primauté - Technologie efficace et productivité</u></p>	<p><u>Primauté - Accroissement maximum simultané de la productivité et de la satisfaction au travail</u></p>
<p><u>Propriétés associées aux postes:</u></p>	<p><u>Propriétés associées aux postes:</u></p>
<p>haut degré de spécialisation</p> <p>peu de latitude</p> <p>maximum de répétition</p> <p>peu de pouvoirs</p> <p>contrôles externes</p> <p>mode de gestion de haut en bas</p> <p>connaissance limitée des résultats</p> <p>systèmes de récompenses traditionnels</p> <p>concurrence</p>	<p>enrichissement, variété et complexité des tâches</p> <p>autonomie et responsabilité accrues</p> <p>possibilités d'apprendre</p> <p>auto-réglementation (individuelle ou en groupe)</p> <p>coordination externe</p> <p>participation à la gestion</p> <p>connaissance des résultats</p> <p>systèmes de récompenses avant-gardistes</p> <p>coopération</p>
<p><u>Manifestations chez les employés:</u></p>	<p><u>Manifestations chez les employés:</u></p>
<p>apathie, indifférence</p> <p>peu de compétences</p> <p>peu de souplesse</p> <p>taux de roulement, d'absentéisme élevés</p>	<p>motivation accrue</p> <p>compétences accrues</p> <p>souplesse accrue</p> <p>faible taux de roulement et d'absentéisme</p>

Les syndicats et la QVT

La question de l'amélioration de la qualité de vie au travail n'est pas nouvelle pour les syndicats. En fait, leurs objectifs sont précisément de défendre et de promouvoir les intérêts de leurs membres et donc, il va sans dire, d'améliorer leurs conditions de travail et par extension, leur qualité de vie au travail. Le syndicat a un rôle de porte-parole des travailleurs, il doit donc s'intéresser aux initiatives de

QVT car autrement, il risque une désaffectation de ses membres. Cette idée rejoint la position de Rosenthal (1980) qui soutient que la plupart du temps, les employés adhèrent aux nouveaux programmes et se détacheront du syndicat si celui-ci semble s'y opposer ou ne s'exprime pas là-dessus. Toute cette question a trait au maintien du rôle positif du syndicat en tant que porte-parole des travailleurs.

En faisant le tour de la documentation relative aux attitudes syndicales face à une amélioration de la QVT, nous pouvons nous apercevoir que tous n'ont pas la même ouverture. Ainsi, certains syndicalistes avouent même s'être résignés au principe du taylorisme et essaient d'en retirer le plus d'avantages possibles pour leurs membres. Selon Warrian (1980), les syndicats, tels que nous les connaissons actuellement, s'y sont résignés (au taylorisme).

Deux conceptions différentes du rôle des syndicats viennent donc sous-tendre les attitudes de ceux-ci. Selon la première, le syndicat doit participer à la gestion de l'entreprise pour mieux défendre les intérêts de ses membres; on pourrait alors parler d'attitude positive à l'amélioration de la QVT. Selon une deuxième conception, le syndicat n'a pas comme rôle de participer aux décisions et d'en assumer les responsabilités: il représente plutôt un contre-pouvoir face à l'employeur au sein d'une organisation. Selon Laporte (1983), les syndicats les plus ouverts se retrouvent principalement en République Fédérale d'Allemagne et en Scandinavie. Il semble, selon lui, qu'en Amérique du Nord les

syndicats se perçoivent plutôt comme un contrepoids face au pouvoir de l'employeur que comme des partenaires. Selon une expression commune, on pourrait dire qu'ils préfèrent être dans l'opposition plutôt qu'au pouvoir.

Au Québec, on parle des expériences de Tembec, de Steinberg, de l'Alcan et de la nouvelle usine de la Compagnie d'électricité générale à Bromont ainsi que dans les secteurs public et parapublic, au ministère des Travaux publics et de l'Approvisionnement et à l'École nationale d'administration publique (E.N.A.P.). Mais popularité ne signifie pas que le succès soit assuré ou même qu'il y ait consensus entre tous les intervenants. Si on le compare avec les États-Unis, le contexte québécois est très particulier. Alors que les syndicats américains acceptent le système capitaliste, plusieurs centrales syndicales québécoises sont loin de l'accepter, ce qui rend les relations patronales-syndicales très difficiles. À ce sujet, Laporte (1983) soutient que cette philosophie est plus prononcée au sein de la C.S.N. et de la C.E.Q. même si elle n'est pas totalement absente de l'orientation de la F.T.Q. Selon Brossard (1981), c'est la C.S.N. qui s'oppose le plus fortement aux nouvelles méthodes d'organisation du travail. Par exemple, ce syndicat considère que les groupes semi-autonomes de production constituent la méthode la plus sophistiquée et la plus audacieuse de réorganisation de la production visant l'intégration idéologique du travailleur et le morcellement de la classe ouvrière.

La position à la C.S.D. est différente. En effet, celle-ci

s'intéresse particulièrement à l'humanisation du travail au Québec. Selon cette centrale, le défi pour les syndicats, c'est d'accepter un nouveau projet consistant à renouveler et à élargir le système des relations de travail dans un programme permettant l'amélioration de la QVT par l'implication des employés dans les décisions de l'organisation. Selon Vennat (1981), la C.S.D. prône également une refonte du code du travail sur les aspects suivants: amélioration de la qualité de vie au travail, paritarisme et décentralisation des institutions administratives.

Enfin, une enquête menée par cette centrale et publiée par Vanasse (1984) indique que les employés syndiqués provenant de diverses accreditations syndicales sont plutôt favorables à toutes formes de participation dans l'organisation (tableau 4). Cette enquête révèle aussi qu'il y a une volonté plus grande de participation de la part des femmes.

Tableau 4
Résultats de l'enquête menée par la C.S.D.
N= 367

Item	Distribution en pourcentage (%)	
	Plutôt favorable	Plutôt défavorable
- Participation aux décisions concernant les changements technologiques	82.6%	7.4%
- Participation à la gestion	84.1%	15.9%
- Participation à l'amélioration de la Q.V.T.	96.8%	3.2%
- Participation financière	74.3%	25.7%
- Participation à la productivité	95.5%	4.5%
- Participation à la planification de la main-d'œuvre	91.5%	8.5%

Objectifs de recherche

Comme on a pu le constater, cette nouvelle philosophie de gestion reliée au concept de QVT essaie de modifier l'organisation du travail afin de la rendre plus conforme aux nouvelles attentes des travailleurs. Les opinions des deux auteurs suivants peuvent sûrement refléter le défi que pose la "nouvelle" gestion des ressources humaines. Tout d'abord, Lefèvre (1984) soutient qu'il y a un leadership à inventer qui s'appuie sur la communication et la participation. Il est essentiel que les gens retirent plus de satisfaction de leur travail. Et s'il y a plus de satisfaction, il y aura plus de productivité. C'est une constatation mille fois vérifiée; quand le degré de satisfaction au travail est faible, la productivité est faible aussi. Et cela est aussi vrai dans une usine que dans un bureau.

Pour sa part, Fabi (1983) rapporte que l'amélioration de la productivité exige un changement de mentalité, de philosophie de gestion. Un tel changement devrait se concrétiser à travers des politiques qui permettront, en premier lieu, d'établir un climat organisationnel sain où l'on facilite les communications et l'implication des employés. Il appelle également des politiques qui rendent les gens responsables de leur travail et qui valorisent tangiblement le dépassement.

En ce qui concerne le contexte organisationnel dans lequel notre étude se déroule, il semble que peu d'établissements hospitaliers québécois

ou canadiens ont procédé à des expériences d'application de nouvelles formes d'organisation du travail. Parmi eux, l'Hôpital Royal Victoria de Montréal a réussi à développer un programme de contrôle de la qualité par le biais de "groupes d'assurance-qualité". L'Hôpital de Maniwaki a mis sur pied des cercles de qualité alors que l'Hôpital général de Gatineau a structuré ses postes en fonction de la polyvalence. Il est permis de se demander pourquoi des expériences semblables ne se sont pas déroulées dans la plupart des établissements du réseau des Affaires sociales. Pourtant, une étude récente effectuée par Kahn et Westley (1984) démontre qu'au cours des trois dernières années, la qualité de vie au travail dans les hôpitaux canadiens s'est détériorée. De plus, nous avons pu retracer un commentaire de Madame Hélène Wavroch, présidente des Infirmières-Unies qui, en 1984, soulignait que les responsables syndicaux locaux doivent parler avec les patrons et adapter la convention collective aux besoins de l'institution. La présente recherche vise donc à vérifier les attitudes des employés syndiqués d'un petit centre hospitalier face à l'amélioration de la QVT. De fait, peu d'auteurs semblent s'être intéressés à cette question qui pourrait être une contrainte sérieuse à la gestion des ressources humaines dans les secteurs public et parapublic.

Étant donné la rareté de la documentation scientifique pertinente à la problématique de recherche, il semble peu pertinent de procéder à une formulation traditionnelle d'hypothèses. Dans le cadre de cette recherche exploratoire, il semble plus indiqué d'identifier des objectifs de recherche que nous tenterons de vérifier par une démarche empirique.

La satisfaction au travail

La relation entre la satisfaction au travail et le contexte organisationnel, en l'occurrence la PMD publique, n'a pas fait l'objet d'études antérieures. Par contre, selon notre expérience et selon le principe de "Small is beautiful" qui soutient que les gens ne peuvent être eux-mêmes qu'au sein de petites organisations (Schumacher, 1973), nous pouvons affirmer qu'il y a une perception fréquemment véhiculée voulant qu'il soit plus facile de communiquer et d'avoir de bonnes relations patron-employés dans une organisation de petite dimension. Nous considérons donc cette théorie pour formuler l'objectif de recherche suivant dans le contexte d'un centre hospitalier de petite dimension.

O₁= Le premier objectif visera donc à vérifier si les employés sont globalement satisfaits de leur travail.

Depuis bientôt deux ans, l'Hôpital du Christ-Roi voit son climat de travail se détériorer d'une façon inquiétante. En effet, nous savons, par expérience, que les relations entre le directeur des ressources humaines et les représentants des exécutifs syndicaux sont très tendues. De plus, le nombre de griefs est très élevé (soixante-deux (62) griefs déposés et cinquante-trois (53) portés à l'arbitrage). De ce nombre, plus de 35% sont des griefs collectifs, c'est-à-dire déposés par les exécutifs syndicaux eux-mêmes. Serait-ce que les représentants syndicaux démontrent une attitude très négative? Que ceux-ci véhiculent une insatisfaction marquée? Et que leur but ultime est la confrontation? À priori, nous

répondons par l'affirmative. En effet, notre expérience nous fait croire que les membres (et anciens membres) d'exécutifs syndicaux sont moins satisfaits que les autres. Nous proposons donc l'objectif de recherche suivant:

O₂= Comparer le niveau de la satisfaction au travail entre les membres (et anciens membres) des exécutifs syndicaux et les non-membres.

Les attitudes

On ne dénote qu'une seule étude sur la volonté des salariés syndiqués à collaborer à l'amélioration de la QVT. Celle-ci, effectuée par la C.S.D. (Vanasse, 1984), soutient qu'une majorité de salariés sont favorables à la participation dans l'entreprise. Pour sa part, Rosenthal (1980) croit aussi que les syndiqués sont ouverts à améliorer leur qualité de vie au travail. Enfin, la Présidente des Infirmières-Unies (Wavroch, 1984) souligne l'ouverture de ses membres à l'amélioration de la QVT. Nous nous appuyons donc sur cette étude de la C.S.D. et sur les opinions citées ci-dessus pour formuler l'objectif de recherche suivant:

O₃= Vérifier si une majorité de salariés sont favorables à l'amélioration de la QVT.

A priori, il n'existe aucune raison pour que les femmes soient plus ouvertes à participer à divers comités reliés à la QVT que leurs collègues masculins. En effet, celles-ci jouissent des mêmes conditions

de travail que les hommes. L'étude de la C.S.D. (Vanasse, 1984) conclut, toutefois, que les femmes sont plus ouvertes à participer que les hommes. Nous nous basons donc sur cette étude pour formuler l'objectif de recherche suivant:

O₄= Comparer les attitudes des femmes par rapport aux hommes en ce qui concerne la participation à divers mécanismes de gestion visant l'amélioration de la QVT.

Plusieurs auteurs ont souligné l'idéologie particulière de la C.S.N. Par exemple, Laporte (1983) et Brossard (1981) affirment que cette centrale syndicale véhicule une idéologie de confrontation et est moins ouverte à tout projet de QVT. Pour cette raison, nous formulons l'objectif de recherche suivant:

O₅= Comparer les attitudes des employés affiliés à la C.S.N. par rapport aux autres centrales syndicales à l'égard de l'amélioration de

Tout comme l'expérience nous a appris que les membres d'exécutifs syndicaux semblaient moins satisfaits que les non-membres, il nous semble aussi que ceux-ci soient moins ouverts à l'amélioration de la QVT. En effet, ils semblent orienter leur effort vers la représentation des membres lors de conflit et d'une recherche constante de points à débattre plutôt qu'une collaboration avec l'employeur. À cet effet, nous formulerons l'objectif de recherche suivant:

O₆= Comparer les attitudes des membres (ou anciens membres) d'exécutifs syndicaux par rapport aux non-membres à l'égard de l'amélioration de la QVT.

Une telle étude peut s'effectuer dans une perspective d'identification des divers thèmes de la QVT envers lesquels les salairiés sont les plus favorables et envers lesquels les administrateurs pourront déployer leurs efforts. À la limite, une telle étude pourrait même provoquer un intérêt vers d'autres recherches dans le même sens et dans des PMD présentant des caractéristiques différentes de celles faisant l'objet de la présente étude. On pourrait ainsi répéter cette démarche de recherche dans une PMD du secteur privé, dans une PMD ayant un syndicat indépendant ou une PMD ayant une affiliation à la C.S.D.

Chapitre deuxième

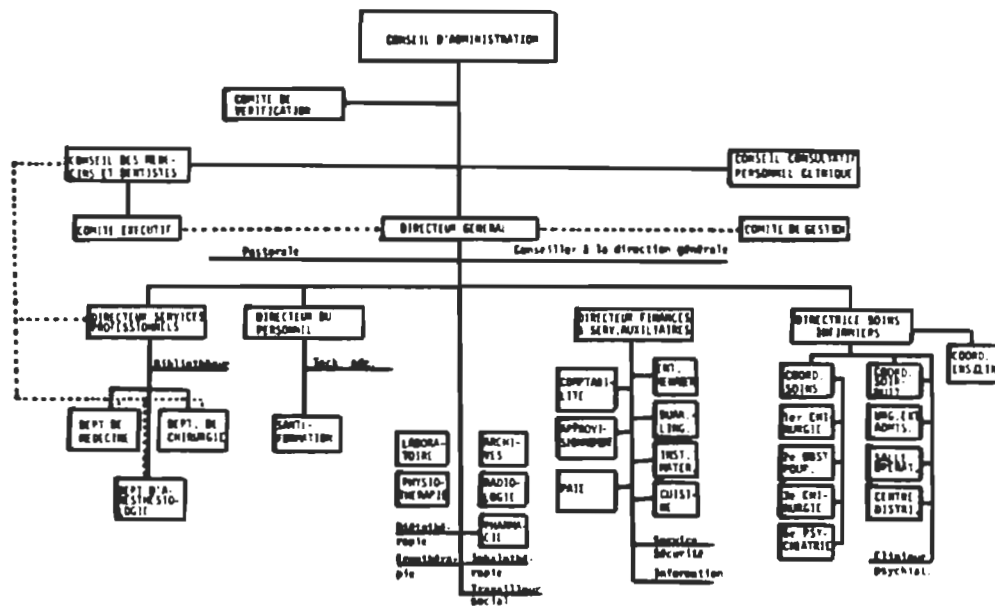
Description de l'expérience

Le Centre hospitalier Christ-Roi

Comme tout centre hospitalier public, l'hôpital est d'abord sous la gouverne d'un conseil d'administration assisté d'une équipe médico-administrative, elle-même appuyée par l'ensemble du personnel professionnel, technique et de soutien. L'organigramme actuel se présente comme suit:

Tableau 5

Organigramme de l'Hôpital du Christ-Roi



Au 31 mars 1984 plus précisément, trois cent vingt-trois (323) personnes réparties comme suit composaient le personnel de l'Hôpital: cadres supérieurs (5), cadres intermédiaires et professionnels (37), employés de bureau (36), métiers et services auxiliaires (66), soins infirmiers et paramédicaux (162) et techniciens (17).

Sujets

Ce chapitre résume les différentes étapes relatives à la réalisation de cette recherche et les trois divisions proposées contiennent les descriptions des aspects suivants: l'échantillon, les instruments de mesure ainsi que le déroulement de l'expérience elle-même.

Échantillon

L'échantillon expérimental de cette recherche est constitué de cent soixante-six (166) employés qui travaillaient à l'Hôpital du Christ-Roi de Nicolet. Tous ces sujets sont syndiqués. À cet égard, il convient de préciser que ceux-ci sont regroupés selon trois affiliations syndicales qui possèdent chacune leur propre convention collective: la Confédération des syndicats nationaux (CSN) représentant les employés de soutien et les infirmiers (ères) auxiliaires; le Cartel des organismes professionnels de la santé (COPS) représentant les diverses associations de professionnels; le Syndicat des infirmières et infirmiers du Québec (SPIIQ) représentant les infirmiers (ères) autorisés (es).

Par ailleurs, il est intéressant de noter que chaque sujet de notre échantillon possède un des trois statuts de salarié suivant: un

statut de plein temps, un statut de temps partiel ou un statut de temps partiel occasionnel. Nous avons inclus intentionnellement les employés à temps partiel et ceux ne détenant pas un poste permanent pour nous assurer d'écarter la possibilité qu'un salarié de cette catégorie travaillant à plein temps (remplacement de congé, maladie, etc.) depuis une période relativement longue ne soit pas rejoint par notre sondage. De plus, nous avons voulu éviter d'exclure le salarié à temps partiel qui oeuvre dans l'établissement depuis plusieurs années et qui nous semble un sujet intéressant pour les fins de notre étude.

L'échantillon de cette recherche comprend donc cent soixante-six (166) syndiqués ($N = 166$) représentant une forte proportion (57%) de la population effective ($N = 291$). Nous nous devons de considérer ce pourcentage comme très représentatif, principalement à cause de la très forte proportion de salariés à temps complet qui ont complété le questionnaire (82%).

Description des sujets

Le questionnaire utilisé pour les fins de cette étude contient une série de sections visant à recueillir des informations personnelles, professionnelles et socio-économiques sur les sujets, informations dont les détails se retrouvent à l'appendice A. Les variables indépendantes choisies sont nombreuses étant donné le caractère exploratoire de l'étude. Un résumé des principales caractéristiques est présenté ci-après

et il faut noter que ce résumé décrit l'ensemble de cent soixante-six (166) sujets sans tenir compte de leur affiliation syndicale, les comparaisons à cet effet étant présentées au chapitre de l'analyse des résultats.

Ainsi, comme on peut l'observer au tableau 6, le groupe comprend des sujets masculins (25.9%) et féminins (74.1%). L'âge moyen du groupe est de trente-trois (33) ans avec un écart type de sept ans. Si l'on regroupe des catégories d'âge selon trois strates, les moins de trente (30) ans représentent 35.5% de l'échantillon, les trente-et-un - quarante (31-40) ans représentent 39.8%, alors que les plus de quarante-et-un (41) ans sont présents à 24.7% (appendice A, tableau 13).

Tableau 6

Répartition des sujets selon certaines caractéristiques personnelles, professionnelles et socio-économiques

Caractéristiques	N=166	Pourcentage	Moyenne	Ecart type
Sexe: féminin	123	74.1		
masculin	43	25.9		
Age:	166	100	33	7
Scolarité:	166	100	12.5	2.7
Affiliation syndicale:				
CSN	113	68		
SPIIQ	36	22		
COPS	17	10		
Statut: temps plein	114	69		
temps partiel	52	31		
* Exécutif syndical:				
membres et anciens membres	39	23		
non-membres	121	73		
* Les abstentions expliquent la non-correspondance du nombre total de répondants.				

On retrouve un taux de scolarité moyen de 12.5 années avec un écart type de 2.7. Près de la moitié des employés ont une douzième année. La majeure partie des gens interrogés (68%) appartiennent à la Confédération des syndicats nationaux (CSN). Comme le démontre l'appendice A (tableau 15), cette proportion se rapproche sensiblement de la représentation totale de ce syndicat parmi l'ensemble des salariés syndiqués (69%). La distribution de l'échantillon selon le statut d'emploi nous indique que 69% des répondants sont des employés à temps plein. Le nombre absolu de cent quatorze (114) représente aussi 82% de la population totale que comprend les employés syndiqués à temps plein de l'Hôpital du Christ-Roi (appendice A, tableau 16). Comme nous l'avons mentionné auparavant, nous considérons ce pourcentage comme très important, considérant que les employés à temps plein sont susceptibles d'être les candidats les plus représentatifs de l'opinion en général.

Enfin, le tableau 6 souligne la proportion des membres ou anciens membres d'exécutifs syndicaux par rapport aux non-membres. Les non-membres forment alors le plus grand pourcentage avec 73%. Ceux et celles qui ont déjà appartenu à des exécutifs syndicaux représentent 23% de l'échantillon.

Intruments de mesure

Il s'impose ici de souligner certaines particularités concernant l'expérimentation dans le cadre de la présente recherche. Tout

d'abord, il est important de mentionner que la majeure partie du questionnaire utilisé dans cette recherche provient d'un questionnaire utilisé par Le Louarn (1978) et Larouche (1975), pour mesurer la satisfaction au travail. Ce questionnaire a en effet été adopté aux besoins de notre étude et complété pour y rajouter la partie sur la mesure des attitudes à l'égard de la QVT. De plus, il a fait l'objet d'un prétest auprès de certains professeurs du département d'Administration et d'Économique de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

La première partie du questionnaire analysée auparavant, concerne certaines caractéristiques sociales et économiques de notre échantillon qui représentent dans notre étude, les variables indépendantes. Les deuxième et troisième parties, s'intéressant respectivement à la satisfaction au travail et à l'attitude des employés à l'égard de la QVT constituent les variables dépendantes de l'étude.

En premier lieu, la satisfaction a été mesurée à l'aide de vingt-cinq (25) questions regroupées selon les douze (12) thèmes suivants: salaire, sécurité d'emploi, compétence technique du supérieur, conditions physiques, communications et participation aux décisions, aspects reliés à la tâche, attribution des promotions, reconnaissance du supérieur, distribution des tâches, direction, relations sociales avec les compagnons (es) de travail et satisfaction envers le syndicat. Les répondants devaient manifester leur niveau de satisfaction sur une échelle de type Likert en cinq points (de pas du tout satisfait à extrêmement satisfait).

La troisième partie du questionnaire est reliée aux attitudes des employés syndiqués face à une amélioration de la QVT. Au total, dix-huit (18) questions composent cette partie et les points mesurés peuvent être regroupés selon les trois thèmes suivants: la gestion participative, la communication et les aspects reliés à la tâche. Chaque sujet devait indiquer son accord sur une échelle en six points (de totalement en désaccord à totalement d'accord).

Enfin, les salariés répondant au questionnaire étaient aussi invités à faire part de leurs commentaires ou suggestions relatifs à leur satisfaction au travail sur une dernière feuille incluse à cet effet.

Déroulement de l'expérience

La population à atteindre pour la présente recherche est composée de deux cent quatre-vingt-onze (291) employés syndiqués qui ont un statut de salarié à l'Hôpital du Christ-Roi. Étant donné le nombre relativement petit de la population et dans le but de rejoindre le plus de salariés possible, il a été décidé de tenter de rejoindre toute la population.

La procédure expérimentale a été effectuée en plusieurs étapes. Tout d'abord, les exécutifs syndicaux ont tous été rencontrés et informés de l'étude et du processus de cueillette de données. Par la suite, plusieurs séances ont été organisées sur les heures de travail et les employés

ont été invités à s'y rendre dans le but de compléter le questionnaire. Les employés absents du travail au moment des rencontres ont été contactés par téléphone et invités à se joindre à une séance spéciale tenue à leur intention. L'expérience s'est déroulée sur une période de trois semaines et, au total, plus de dix rencontres ont eu lieu.

Chapitre troisième

Analyse des résultats

Avant de présenter les résultats proprement dits et de les interpréter, il s'impose de décrire brièvement les méthodes d'analyses statistiques employées dans cette recherche.

Méthodes d'analyses

L'analyse des résultats fait appel à diverses techniques statistiques qui se retrouvent toutes dans la programmatisation informatique du "Statistical Package for the Social Science" (SPSS) élaborée par Nie et al (1975).

Étant donné le schéma expérimental de l'étude, deux analyses principales ont été effectuées. Tout d'abord, des statistiques descriptives ont permis d'établir le profil de satisfaction et d'attitudes chez les sujets interrogés. Ensuite, l'analyse de variance et le test t de Student ont permis de vérifier la présence de différences significatives entre différents sous-groupes comparés. Ainsi, dans le cas de la satisfaction au travail qui a été mesurée à partir de vingt-cinq (25) questions, les comparaisons de moyennes ont impliqué les sous-groupes suivants: Les trois affiliations syndicales (CSN, SPIIQ, COPS), les trois exécutifs syndicaux (CSN, SPIIQ, COPS) ainsi que les membres ou anciens membres d'exécutifs syndicaux et les non-membres.

En ce qui concerne les attitudes face à l'amélioration de la QVT, les sexes masculin et féminin ont été ajoutés comme sous-groupe de comparaison dans le cas des dix-huit (18) questions reliées à cette partie du questionnaire.

Résultats

L'exposé des résultats se divise en deux parties: dans un premier temps, nous analyserons la satisfaction au travail en y dégagant un profil général. Par la suite, nous vérifierons s'il existe des différences significatives entre les sous-groupes décrits auparavant. La deuxième partie de l'analyse des résultats sera consacrée essentiellement aux attitudes des employés syndiqués face à une amélioration de la QVT. À cet égard, nous tenterons de dégager une tendance générale d'attitudes pour ensuite vérifier aussi s'il existe des différences significatives entre les sous-groupes choisis.

La satisfaction au travail

Une échelle de satisfaction générale constituée de la moyenne de l'ensemble des vingt-quatre (24) questions de l'inventaire est ajoutée aux échelles spécifiques à simple titre d'indicateur global (tableau 7). Nous excluons, ici, la question relative à la satisfaction de l'exécutif syndical, celle-ci ayant été incluse uniquement à la demande de la C.S.N. Les scores s'échelonnent sur un continuum allant de un (pas du tout satisfait)

à cinq (extrêmement satisfait). Toutes les moyennes supérieures ou égales à trois indiquent que les sujets s'avèrent satisfaits de ces aspects de leur travail. Celles qui sont inférieures à trois montrent une certaine insatisfaction au travail chez les répondants. Tel que spécifié au tableau 7, les employés de l'échantillon analysé sont, d'une façon générale, non satisfaits de leur travail. À cet égard, la moyenne générale se situe à 2,72. Cependant, il faut remarquer que certaines facettes du travail génèrent assez de satisfaction chez les employés: l'initiative dans l'organisation de leur travail ($\bar{x} = 3,18$), les communications avec les compagnons ($\bar{x} = 3,13$) et la quantité de travail assumée ($\bar{x} = 3,08$). En revanche, certains thèmes sont loin de satisfaire les employés. Tel est le cas, notamment, pour la consultation qui est faite en ce qui concerne le travail ($\bar{x} = 2,28$), pour la participation aux décisions ($\bar{x} = 2,35$), pour les chances d'avancement ($\bar{x} = 2,41$), ainsi que pour l'administration de l'Hôpital ($\bar{x} = 2,41$).

S'il existe des différences dans les moyennes de chacun des facteurs étudiés (2,28 à 3,18), le tableau 7 nous indique aussi qu'il y a des variations entre les individus pour un thème donné. C'est ce que nous révèlent les écarts types de chaque moyenne. Ainsi, huit facteurs ont un écart type supérieur à 1, indiquant une assez grande dispersion des observations par rapport à la moyenne. Il s'agit, entre autres, de la communication avec le chef de service et supérieur (1,22), des compliments du supérieur (1,17) et de la consultation ou information du supérieur (1,16). Il est intéressant de noter que tous ces thèmes

sont reliés à la gestion. Enfin, la dernière colonne du tableau 7 nous indique le mode, c'est-à-dire la réponse qui revient le plus souvent pour chacune des questions. Nous remarquons, à cet égard, le peu de satisfaction (2,00) qui a été manifesté le plus souvent en ce qui concerne l'information et les compliments du supérieur, l'effort du chef pour consulter, l'administration de l'Hôpital, la participation aux décisions ainsi que les consultations du chef de service.

Tableau 7

Moyenne, écart type et mode des niveaux de satisfaction
au travail mesurés à partir de vingt-quatre (24) énoncés

	MOYENNE	ECART TYPE	MODE
1- Initiative -organisation du travail	3.18	0.99	3.00
2- Communication avec compagnons	3.13	0.93	3.00
3- Quantité de travail	3.08	0.94	3.00
4- Permanence de l'emploi	2.94	0.94	3.00
5- Travail varié	2.91	0.90	3.00
6- Responsabilité de la tâche	2.91	0.75	3.00
7- Communication avec le supérieur	2.88	1.22	3.00
8- Estime du supérieur	2.87	1.13	3.00
9- Utilisation des capacités de l'employé	2.85	0.86	3.00
10- Communication avec le chef de service	2.82	1.22	3.00
11- Compétence technique du supérieur	2.81	1.02	3.00
12- Charge de travail	2.76	0.83	3.00
13- Salaire	2.72	0.87	3.00
14- Information du supérieur	2.67	1.16	2.00
15- Direction du service	2.66	0.99	3.00
16- Conditions physiques	2.59	0.80	3.00
17- Attribution des promotions	2.56	0.81	3.00
18- Distribution des tâches	2.54	0.84	3.00
19- Compliments du supérieur	2.49	1.17	2.00
20- Effort du chef pour consultation	2.46	1.16	2.00
21- Administration de l'hôpital	2.41	0.92	2.00
22- Chance d'avancement	2.41	0.92	3.00
23- Participation aux décisions	2.35	1.04	2.00
24- Consultation du chef	2.28	0.94	2.00
Satisfaction générale	2.72		

Parmi les vingt-quatre (24) énoncés présentés, il nous est possible de les regrouper selon quatre facteurs distincts (tableau 8), un tel regroupement ne relevant pas d'une analyse factorielle mais plutôt d'une simple classification thématique. Le premier facteur s'intitule la relation avec le supérieur et est composé de la supervision technique, la communication avec le supérieur, la participation aux décisions et l'estime du supérieur. Le deuxième facteur pourrait s'appeler le facteur intrinsèque et est composé d'éléments reliés à la tâche elle-même: charge de travail, travail varié, responsabilité de la tâche, initiative et innovation. Le troisième facteur regroupe les récompenses de l'organisation et est représenté par les aspects suivants: sécurité d'emploi, salaire et chances de promotion. Nous l'appelons le facteur extrinsèque. Le quatrième facteur porte sur le fonctionnement interne de l'organisation et comprend la distribution des tâches, l'administration de l'Hôpital, les conditions physiques de travail et les relations sociales entre employés eux-mêmes.

Tableau 8

Moyenne, écart type et mode des niveaux de satisfaction au travail mesurés à partir du regroupement de vingt-quatre (24) énoncés en quatre facteurs

	MOYENNE	ECART TYPE	MODE
Facteur intrinsèque	2.95	0.86	3.00
Fonctionnement interne de l'Hôpital	2.67	0.90	3.00
Facteur extrinsèque	2.66	0.91	3.00
Relation avec le supérieur	2.63	1.12	2.00

Si l'on fait la moyenne des observations pour chacun des quatre facteurs, l'on peut remarquer qu'aucune d'entre elles n'a une moyenne égale ou supérieure à trois.

Les deux tableaux précédents nous indiquent qu'il existe des différences de satisfaction chez les individus. Celles-ci étaient mesurées globalement par les écarts types indiquant la dispersion autour des moyennes. Un des moyens permettant de vérifier, en partie, ces différences entre sujets est de diviser l'échantillon en sous-groupes et de comparer les moyennes entre elles pour voir s'il existe des différences significatives. L'analyse de variance et le test "t" nous permettent d'effectuer ce genre d'opération. La présentation de ces tableaux est faite en appendice B. Ainsi, le tableau 20 illustre la répartition des cent soixante-six (166) sujets selon les trois affiliations syndicales ayant participé à l'expérimentation. A sa lecture, nous pouvons déceler qu'une seule différence atteignant le seuil requis de signification ($P < 0,05$) pour admettre l'inégalité de ces trois groupes. Ainsi, il nous est possible d'observer que les sujets appartenant au syndicat COPS se montrent significativement moins satisfaits de la facilité de communiquer avec les compagnons de travail.

Le tableau 21 permet de déceler plusieurs différences significatives entre les membres et anciens membres d'exécutifs syndicaux et les non-membres. En effet, nous pouvons identifier des différences significatives en ce qui concerne les compliments du supérieur ($P < 0,05$), la

distribution des tâches selon la compétence des employés ($P < 0,05$), l'initiative au travail ($P < 0,01$), l'utilisation des capacités des employés ($P < 0,05$) ainsi que l'administration de l'Hôpital ($P < 0,01$). Dans tous les cas, les salariés faisant partie ou ayant déjà fait partie d'un exécutif syndical sont moins satisfaits.

Par ailleurs, la consultation du tableau 22 fait ressortir une seule différence significative entre les trois exécutifs syndicaux. Elle se situe au niveau de la facilité de communiquer avec les compagnons de travail, l'exécutif de COPS étant le moins satisfait ($P < 0,05$).

Les attitudes

Un indicateur de l'attitude globale des sujets est obtenue en faisant la moyenne de dix-huit (18) questions. Les scores s'échelonnent sur un continuum de un (totalement en désaccord) à six (totalement d'accord). Toutes les moyennes supérieures ou égales à quatre (d'accord) tendent à démontrer un degré d'accord pouvant être analysé comme une attitude positive des employés à l'égard des changements proposés. Celles qui y sont inférieures tendent, quant à elles, à démontrer une réticence des employés.

Tel que le démontre le tableau 9, les employés de l'échantillon étudié sont, d'une façon globale, ouverts à une certaine forme de changement. La moyenne générale se situe à 4,17. Par contre, il faut remarquer que certaines facettes des changements proposés génèrent, chez

les employés, une plus grande ouverture. C'est le cas notamment pour des consultations plus fréquentes du chef de service ($\bar{x} = 4,95$), des discussions plus longues avec le chef de service lors de conflit ($\bar{x} = 4,87$) et d'une plus grande liberté de discuter avec le chef de service ($\bar{x} = 4,74$). En revanche, certaines politiques proposées ne font pas l'accord de l'ensemble des employés. On dénote, entre autres, la participation à un comité pour l'application de mesures disciplinaires ($\bar{x} = 3,30$), l'accomplissement de tâches supplémentaires ($\bar{x} = 3,35$) et la participation à un comité pour discuter des mesures disciplinaires à appliquer ($\bar{x} = 3,38$).

Tableau 9

Moyenne, écart type et mode des niveaux d'attitude
face à la QVT mesurés à partir de dix-huit (18) énoncés

	MOYENNE	ECART TYPE	MODE
1- Consultation plus fréquente du chef de service sur le travail	4.95	1.05	6.00
2- Discussion plus longue avec le chef de service lors de conflit	4.87	1.15	6.00
3- Liberté plus grande de discuter avec le chef de service	4.74	1.02	4.00
4- Rencontre périodique avec le chef de service pour discussion sur le rendement au travail	4.62	0.86	4.00
5- Communication plus fréquente avec le chef de service	4.67	1.06	4.00
6- Amélioration du processus de règlement de grief - entente hors convention	4.55	1.27	4.00
7- Participation à un comité pour établir les objectifs du service	4.50	1.08	4.00
8- Discussion avec le chef de service sur enrichissement de la tâche	4.60	1.12	4.00
9- Participation à un comité pour discussion sur le fonctionnement du service	4.38	1.14	4.00
10- Participation à un comité pour réduction du déficit	4.25	1.12	4.00
11- Discussion avec le chef de service sur objectif à atteindre	4.17	0.87	4.00
12- Adaptation de la convention collective au besoin de l'Hôpital	3.86	1.58	4.00
13- Participation à un comité pour l'évaluation du rendement des employés	3.72	1.28	3.00
14- Participation à un comité pour établir un manuel d'éthique	3.64	1.22	4.00
15- Nomination d'un arbitre unique - entente hors convention	3.63	1.58	4.00
16- Participation à un comité pour discussion sur mesure disciplinaire à appliquer	3.38	1.33	3.00
17- Accomplissement de tâches supplémentaires	3.35	1.39	3.00
18- Participation à un comité pour application des mesures disciplinaires	3.30	1.45	3.00

Le tableau 9 nous apprend aussi qu'il y a des variations entre les individus pour un facteur donné. Nous nous référons ici à l'écart type de chaque moyenne. Ainsi, les plus grandes dispersions se retrouvent

au niveau de l'adaptation de la convention collective aux besoins de l'Hôpital (1,59), la nomination d'un arbitre par une entente hors convention (1,58), ainsi que la participation à un comité pour appliquer les mesures disciplinaires (1,45).

Pour tenter de vérifier les différences d'attitudes entre les répondants, nous avons utilisé les mêmes outils que dans le cas de la satisfaction au travail soit l'analyse de variance et le test t. La présentation de ces tableaux est faite aussi en appendice B. La première analyse des sous-groupes concerne les deux sexes. À cet égard, la tableau 23 démontre deux différences significatives: la participation à un comité de discussion sur les mesures disciplinaires à appliquer ($P < 0,05$), ainsi que l'amélioration du processus de règlement des griefs par une entente hors convention collective ($P < 0,01$). Dans les deux cas, les hommes ont une attitude plus positive que les femmes.

Le tableau 24 illustre aussi deux différences significatives en ce qui concerne les trois affiliations syndicales. En effet, les employés affiliés au syndicat COPS sont plus ouverts que leurs collègues des deux autres syndicats quant à une discussion sur les possibilités d'enrichir la tâche ($P < 0,05$) et pour une communication plus fréquente avec le chef de service ($P < 0,05$).

Suite à une consultation du tableau 25, nous pouvons constater une seule différence significative entre les sous-groupes de sujets faisant partie ou ayant déjà fait partie d'exécutifs syndicaux et ceux ne

faisant pas partie ou n'ayant jamais fait partie d'un exécutif syndical. Cette différence se retrouve au niveau de l'adaptation de la convention collective aux besoins de l'Hôpital ($P < 0,01$). Les non-membres seraient alors plus ouverts.

Enfin, le tableau 26 indique qu'il y a quatre différences significatives entre les trois exécutifs syndicaux. Celles-ci se retrouvent à une liberté plus grande de discuter avec le chef de service ($P < 0,05$), à une consultation plus fréquente du chef à l'égard des changements se rapportant au travail ($P < 0,05$), à une possibilité de discuter sur l'enrichissement de la tâche ($P < 0,05$), ainsi qu'à une communication plus fréquente avec le chef de service ($P < 0,01$). Dans tous les cas, le syndicat SPIIQ démontre une attitude plus négative.

Interprétation des résultats

L'interprétation des résultats porte sur l'analyse de nos résultats en regard des objectifs de recherche émis auparavant. Plus précisément, les deux objectifs concernant la satisfaction au travail sont d'abord abordés. Par la suite, on retrouve l'interprétation des résultats relatifs aux objectifs trois à six concernant les attitudes envers l'amélioration de la QVT.

La satisfaction au travail

L'objectif 1 visait tout d'abord à vérifier si, dans l'ensemble, les salariés étaient satisfaits de leur travail considérant que la PMD favorise un bon climat de travail et des relations fréquentes avec le supérieur. Pour sa part, l'objectif 2 voulait comparer le niveau de satisfaction entre les membres (et anciens) des exécutifs syndicaux et les non-membres.

La moyenne générale de satisfaction au travail des salariés interrogés s'établit à 2,72 (voir tableau 7), indiquant ainsi un niveau général de satisfaction assez bas. Il faut rappeler que cette moyenne est obtenue à partir des vingt-quatre (24) questions sur lesquelles les syndiqués ont été interrogés. De plus, selon ce tableau, seulement trois thèmes généreraient de la satisfaction soit l'initiative au travail, la communication avec les compagnons et la quantité de travail fournie. D'autre part, le tableau 8 démontre clairement que les thèmes touchant les relations avec le supérieur sont ceux qui sont les moins satisfaisants. Autrement dit, la tendance à croire voulant qu'il soit plus facile de "s'entendre" parce qu'on est petit est infirmée.

Il faut par contre remarquer que le contexte de PMD favorise, ici, la communication entre les employés, les répondants étant satisfaits sur ce point. Selon notre expérience personnelle (aucune autre étude ne portant sur ce sujet), le fait que les relations avec le supérieur ne soient pas du tout satisfaisantes peuvent s'expliquer par le fait que

les cadres intermédiaires à l'Hôpital du Christ-Roi, comme c'est le cas dans la plupart des centres hospitaliers, ne jouissent d'aucune formation administrative. Il semble donc moins probable qu'ils aient une vision de l'importance de la gestion des ressources humaines et particulièrement, de la QVT. Les cadres d'un centre hospitalier, particulièrement ceux de niveau intermédiaire, sont habituellement tous de formation très spécialisée en terme de production: technicien en radiologie, technicien en laboratoire, pharmacien, diététiste, infirmière, etc. Pour appuyer notre interprétation de l'insatisfaction des salariés vis-à-vis les relations avec le supérieur, le tableau 19 nous indique les commentaires et suggestions des répondants. Ainsi, cinquante-et-un (51) sujets (30.7%) se plaignent d'une communication déficiente avec leur supérieur, alors qu'une proportion représentant 15% souligne le manque de consultation du supérieur. On suggère même dans sept cas de former les cadres en gestion des ressources humaines.

Par ailleurs, en ce qui concerne notre deuxième objectif de recherche, l'analyse des différences significatives nous indique que dans cinq cas (tableau 21), les membres (et anciens) d'exécutifs syndicaux sont beaucoup moins satisfaits que les autres répondants. Les énoncés où cette plus faible satisfaction se manifeste concernent les compliments du supérieur, la distribution des tâches, l'utilisation de la capacité des employés, l'initiative au travail et l'administration de l'Hôpital. Serait-ce que les militants syndicaux sont plus exigeants que les autres? Que la participation aux exécutifs syndicaux rend les employés plus critiques?

Que les membres d'exécutifs syndicaux véhiculent des perceptions plus négatives? Que l'insatisfaction des employés pousse ceux-ci à être membres des exécutifs de leur syndicat? Ou, tout simplement, que la personnalité de membres des exécutifs influence, de beaucoup, les relations patrons-employés? Malheureusement, aucune autre étude ne nous permet de comparer nos résultats. Par contre, considérant que ces cinq points sont les seuls à démontrer des différences significatives et considérant que tous convergent vers les membres d'exécutifs syndicaux comme étant les moins satisfaits, nous pouvons interpréter qu'en général les salariés faisant partie ou ayant déjà fait partie d'un exécutif syndical sont moins satisfaits. Considérant l'expérience vécue au sein de l'Hôpital du Christ-Roi, il semble que la personnalité même des membres d'exécutifs syndicaux (ou anciens) influe grandement sur les types de relations qui peuvent exister avec la direction. En effet, il nous est permis de croire qu'un changement de leaders syndicaux améliorerait sensiblement le climat de travail.

Enfin, nous avons vérifié si des différences significatives pouvaient aussi exister entre l'ensemble des salariés répartis selon leur affiliation syndicale (tableau 20) et entre les membres des exécutifs des trois syndicats (tableau 22). À cet égard nous pouvons constater que dans les deux cas, les différences significatives concernent le syndicat COPS. Les membres de ce syndicat ne semblent pas avoir de bonnes relations entre eux, la communication entre compagnons de travail étant insatisfaisante. Étant donné que ce thème, communication entre

compagnons, est un des trois ayant été considéré comme satisfaisant pour l'ensemble des sujets, nous pouvons interpréter ces différences comme un problème particulier envers lequel les dirigeants de l'Hôpital du Christ-Roi devront porter une attention particulière.

Les attitudes

L'objectif 3 voulait vérifier si une majorité est favorable à une amélioration de la QVT. Selon le tableau 9, la moyenne des dix-huit (18) questions est de 4,17, démontrant ainsi une attitude généralement favorable. Selon ces résultats, l'hypothèse serait confirmée. D'ailleurs, rappelons que Laporte (1983) et Lefèbvre (1984) abondaient dans le même sens.

Selon l'étude de la CSD (Vanasse, 1984) sur les attitudes des salariés face à la participation dans l'entreprise, nous pourrions interpréter les résultats de notre recherche par rapport à cette étude comme suit: selon le tableau 4, les employés se disent majoritairement (96.8% et 84.1%) en faveur de la participation à la gestion et à l'amélioration de la QVT. Selon notre étude (tableau 9), les salariés se disent aussi favorables à la participation à la gestion et à l'amélioration de la QVT sauf pour les points suivants: adaptation de la convention collective aux besoins de l'Hôpital, participation à un comité pour l'évaluation du rendement des employés, participation à un comité pour établir un

d'éthique, nomination d'un arbitre unique, participation à un comité pour discuter des mesures disciplinaires à appliquer, l'accomplissement de tâches supplémentaires et la participation à un comité pour décider de l'application de mesures disciplinaires. À cet égard, nous pouvons remarquer que la majorité de ces points (5 sur 7) touche la personne elle-même: mesures disciplinaires, manuel d'éthique, tâches supplémentaires et évaluation du rendement alors que les deux autres touchent des ententes modifiant la convention collective. De ce fait, nous pourrions conclure que les salariés démontrent une attitude ouverte à participer, jusqu'à un certain point, c'est-à-dire jusqu'au moment où on touche la personne même. En plus, le commentaire de la présidente des Infirmières unies, rapporté auparavant, à l'effet que la convention doit être adaptée aux établissements ne semble pas être partagé par la majorité des syndiqués. Serait-ce que la confiance qui règne présentement dans l'établissement ne favorise pas cette adaptation de convention collective? Serait-ce que les syndicats locaux ne veulent absolument pas toucher à une convention collective qui a été négociée à l'échelle de la province? Nous percevons un comportement défensif de la part des représentants syndicaux. Ceux-ci ne veulent en effet rien négocier, sauf ce qui est prévu dans la convention collective. Ils ne se considèrent possiblement pas assez compétents pour négocier d'égal à égal avec les patrons.

La même étude effectuée par la CSD (tableau 4) conclut que la volonté de participer est plus grande chez les femmes. Selon notre recherche (tableau 23) deux aspects de la QVT démontrent une différence

significative à l'égard des deux sexes. Une seule touche la participation soit, la participation à un comité de discussion sur les mesures disciplinaires à appliquer. On s'aperçoit que, dans ce cas, les hommes démontrent une attitude plus positive. Notre objectif de recherche sur ce point ne peut donc confirmer l'étude menée par la CSD. Certaines nuances méritent cependant d'être formulées. D'un côté, il se peut que les attitudes des hommes et des femmes soient identiques à l'égard d'une participation à divers comités. D'un autre côté, il se peut que les hommes soient souvent plus positifs à une participation, comme c'est le cas pour un comité sur les mesures disciplinaires à appliquer. Enfin, il se peut que les hommes, étant en minorité, se sentent moins impliqués par des mesures disciplinaires, donc plus ouverts à participer à ce type de comité. Malheureusement, le caractère exploratoire de notre recherche ne nous permet pas d'expliquer cette différence.

L'objectif 5 visait à comparer les attitudes des employés affiliés à la CSN par rapport aux deux autres centrales syndicales à l'égard de l'amélioration de la QVT. Les résultats nous indiquent que dans les deux cas qui démontrent une différence significative (tableau 24), la CSN ne démontre pas l'attitude la moins ouverte. Dans le même sens, nous avons comparé s'il existait des différences d'attitudes entre les trois exécutifs syndicaux. Sur ce, l'exécutif du SPIIQ est le moins ouvert dans tous les cas qui démontrent une différence significative soit: une liberté plus grande de discuter avec le chef de service, une consultation plus fréquente concernant les changements à apporter au travail, une possibilité

de discuter sur l'enrichissement de la tâche et une communication plus fréquente avec le chef de service (voir tableau 25).

Selon notre expérience personnelle, ce résultat peut être interprété par le fait que la relation patron-employé, en ce qui concerne les soins infirmiers, est très tendue. En effet, un changement récent au poste de directeur des soins infirmiers a provoqué une résistance au changement de la part des employés. Cette situation particulière à l'Hôpital du Christ-Roi empêche des extrapolations à d'autres contextes hospitaliers.

Enfin, l'objectif 6 visait à comparer les attitudes des membres (ou anciens) d'exécutifs syndicaux par rapport aux non-membres à l'égard de l'amélioration de la QVT. Une seule différence est apparue, soit l'adaptation de la convention collective aux besoins de l'Hôpital (tableau 26). Il semble opportun d'envisager l'explication de ce résultat du fait que les membres d'exécutifs syndicaux véhiculent plus l'idéologie syndicale que les autres. Par expérience personnelle et nous référant au contexte théorique de cette recherche, nous pouvons interpréter ce résultat à l'effet que le sentiment de confrontation des syndicats nord-américains est véhiculé en grande partie par les leaders syndicaux. Par contre, cette seule différence significative ne peut nous permettre de généraliser sur tous les aspects reliés à la QVT.

CONCLUSION

L'objectif majeur de cette recherche exploratoire consistait à vérifier la satisfaction au travail et les attitudes d'employés syndiqués envers divers aspects de la QVT. De plus, en entreprenant cette étude, nous cherchions à connaître un peu mieux un milieu de travail donné, le Centre hospitalier Christ-Roi de Nicolet, une organisation de petite dimension. Enfin, nous voulions que notre étude serve aux dirigeants de centres hospitaliers dans le but de les aider à implanter divers programmes d'amélioration de la QVT ou encore, d'accroître la productivité de leur organisation. Ces objectifs étaient sous-jacents à la formation de toutes les hypothèses.

Après un examen de la documentation nous montrant le peu d'intérêt porté à ce sujet par les chercheurs américains et canadiens, nous choisissons un instrument de mesure de la satisfaction et des attitudes en prenant comme référence les questionnaires de satisfaction de Larouche (1975) et de Le Louarn (1978). Le dépouillement des cent soixante-six (166) questionnaires nous permettait de répondre aux objectifs précités.

Le niveau de satisfaction relativement faible nous a permis de dégager les deux interprétations suivantes. Premièrement, qu'il n'est pas toujours plus facile de conserver un climat de travail sain et de bonnes communications même en contexte de PMD. Deuxièmement, qu'il y a un problème au niveau de la relation entre les cadres intermédiaires et les employés. À ce sujet, nous relations le manque de formation des cadres. En effet, quelque soit le programme d'intervention que l'on veut

mettre en place, il faut d'abord s'attaquer à la formation des cadres et, par conséquent, au climat de travail. Encore dernièrement, des médiateurs du service de médiation préventive du ministère du Travail nous faisaient part que, selon leur expérience, il y a une relation à peu près directe entre le climat des relations de travail et la qualité des cadres intermédiaires, qu'ils se nomment contremaîtres, chefs de services ou superviseurs. On peut d'ailleurs s'interroger à ce propos sur la préparation donnée à ces cadres. Généralement, on pense à la formation des cadres des niveaux supérieurs et on pense à la formation technique des cadres du premier niveau de supervision. Et pourtant, ce sont ces personnes qui ont à transiger quotidiennement avec la vaste majorité du personnel d'un établissement. Ce sont ces individus, en d'autres mots, qui ont à coordonner un groupe de travail et non pas à être seulement compétents sur le plan technique ou même les plus compétents sur le plan professionnel.

A titre d'exemple, il ne s'agit que de discuter avec des syndiqués de leur travail pour s'apercevoir que, mis à part les périodes d'intenses négociations, leur intérêt ne porte que très partiellement sur le contenu d'une convention collective. On les entend davantage parler du comportement de leur supérieur, du manque d'information dont ils se plaignent, du contenu de leur tâche et d'une foule d'autres sujets non reliés à des articles de contrats collectifs et non arbitrales. En effet, la majorité de ces sujets ne relèvent que de la gestion et de la gestion seule. Prenons simplement la question de l'information. À notre avis, cette question

est primordiale. Avant de parler de revoir l'organisation du travail, de pénétrer dans les voies de la QVT, il faut, comme prérequis, consentir à informer les employés et, comme corollaires, répondre à leurs interrogations. Nous croyons qu'une bonne information ainsi qu'un plan de formation adéquat doivent être les premières étapes considérées par les dirigeants de l'Hôpital du Christ-Roi si l'on pense à implanter de nouvelles organisations du travail. Les commentaires et suggestions des sujets en soulignent d'ailleurs la nécessité (tableau 19).

Par ailleurs, concernant les attitudes des employés envers la QVT, nous avons dénoté une assez grande ouverture de la part de ceux-ci. Par contre, certaines réticences semblent vouloir apporter quelques contraintes à toute action concrète de l'employeur. Elle semble aussi confirmer l'importance que tout projet de QVT doit être un projet conjoint où patrons et syndiqués s'assoient librement pour améliorer la qualité de vie au travail de tous les employés. Les quelques expériences réussies dans le domaine de la QVT nous indiquent clairement les conditions de base susceptibles de produire des impacts positifs sur la relation et, éventuellement, sur cette coopération patronale-syndicale. Ainsi, comme le démontre le tableau 10 élaboré par Mercier (1983), il faut d'abord que chaque partie possède et reconnaisse ses forces et celles de l'autre (condition 1); il faut ensuite qu'elle trouve intérêt à être ensemble (2), qu'elle accepte la confrontation, les différences d'opinions (3), qu'elle choisisse de s'engager ensemble dans une relation (4) et qu'elle contribue activement à l'évolution de cette relation (5).

Tableau 10

CONDITIONS DE BASE	DESCRIPTION	IMPACTS POSITIFS SUR LA RELATION
1. Disposer d'un leadership fort et réel de part et d'autre	Condition permettant à chaque partie de se sentir suffisamment solide pour pouvoir s'ouvrir à l'autre sans se sentir menacée dans son intégrité	<ul style="list-style-type: none"> ● Permet de reconnaître et d'accepter l'autre en tant qu'interlocuteur légitime ● Permet d'élaborer des stratégies qui tiennent compte des capacités et des limites de l'autre ● Permet de maintenir des rapports de qualité malgré les divergences pouvant survenir
2. Identifier des besoins communs	Condition permettant aux parties de trouver des points de rapport entre elles	<ul style="list-style-type: none"> ● Permet d'identifier les vrais enjeux plus rapidement ● Permet d'orienter les relations vers une recherche de solutions plutôt qu'une recherche de problèmes ● Permet d'éviter les relations basées uniquement sur des concessions
3. Accepter les différences	Condition permettant un contact basé sur l'authenticité et sur la confrontation possible plutôt que sur des règles diplomatiques fausses	<ul style="list-style-type: none"> ● Donne le droit naturel à la différence ● Donne plus de crédibilité à la démarche: la confrontation est un mode de rapport inévitable et utile ● Elève le niveau de qualité des échanges
4. S'engager librement	Condition permettant à la relation d'être basée sur un choix libre de travailler ensemble	<ul style="list-style-type: none"> ● Permet aux parties de séparer coopération et négociation ● Permet de travailler à partir de la motivation des deux partenaires plutôt que d'une obligation extérieure ● Permet aux parties de conserver leur autonomie dans l'engagement
5. Contribuer à l'évolution de la relation	Condition permettant une participation active des parties au progrès de la coopération en fonction des objectifs visés	<ul style="list-style-type: none"> ● Permet de s'associer réellement à la réalisation de projets d'intérêts communs ● Permet de s'entendre sur des façons nouvelles d'aborder les problèmes ● Permet d'identifier et de reconnaître les contributions de chacun à l'atteinte des résultats communs

C'est une tâche qui exige du courage, du temps mais surtout à sa base, la capacité de reconnaître la légitimité de l'existence même de l'autre. Tout effort de coopération alimenté par l'espoir secret de l'une des deux parties de faire disparaître l'autre est voué à l'échec.

Comme nous l'avons mentionné dans le contexte théorique, il faut donc un changement de mentalité et, pour ce faire, les dirigeants de l'Hôpital doivent reconnaître que c'est une question d'années. Il semble cependant que ce soit la seule voie et que la façon de bâtir la coopération passe par l'établissement d'une relation qui, souvent, n'existe plus.

En terminant, notre étude peut, pour les dirigeants du Centre hospitalier Christ-Roi, constituer tant une réserve de données qu'une base de réflexions sur les attitudes de ses employés. Plus particulièrement, les administrateurs devront s'attacher à préserver les éléments qui satisfont les employés et tenter d'améliorer ce qui ne les satisfait pas en tenant compte du processus décrit précédemment.

D'un autre côté, des recherches plus poussées devraient être faites à partir de ces données afin de mieux étayer la problématique relative aux attitudes d'employés syndiqués à l'égard de la QVT dans un contexte de PMD.

Appendice A

Caractéristiques de l'échantillon

Tableau 11
Distribution de l'échantillon par sexe

SEXE	FRÉQUENCE ABSOLUE	%
Hommes	43	25.9
Femmes	123	74.1
TOTAL	166	100.0

Tableau 12
Distribution de l'échantillon par âge (a)

ÂGE	FRÉQUENCE ABSOLUE	%
21-25 ans	19	11.4
26-30 ans	40	24.1
31-35 ans	30	18.1
36-40 ans	36	21.7
41-45 ans	23	13.9
46-50 ans	7	4.2
51-55 ans	1	.6
56-60 ans	4	2.4
61 et plus	6	3.6
TOTAL	166	100.0

Tableau 13
Distribution selon l'âge (b)

ÂGE	FRÉQUENCE ABSOLUE	%
Moins de 30	59	35.5
31-40	66	39.8
41 et plus	41	24.7
TOTAL	166	100.0

Tableau 14
Distribution selon la scolarité

NOMBRE D'ANNEES	FREQUENCE ABSOLUE	%
12 ans ou moins	80	48
Plus de 12 ans	86	52
TOTAL	166	100

Tableau 15
Représentativité des affiliations

AFFILIATION	NOMBRE COMPRIS DANS L'ECHAN- TILLON	% DE L'ECHANTILLON	NOMBRE TOTAL COMPRIS DANS LA POPULATION	% DE LA POF. TOTALE
CSN	113	68	200	69
SPIIQ	36	22	70	24
COPS	17	10	21	7

Tableau 16
Distribution selon le statut

STATUT	FREQUENCE ABSOLUE	% DE L'ECHANTILLON	POP. TOTALE	% DE LA POP. TOTALE
Temps plein	114	69	139	82
Temps partiel	52	31	152	34

Tableau 17
Distribution selon le salaire annuel

SALAIRE	FREQUENCE ABSOLUE	%
Moins de 10,000.	18	11
10,001.à 15,000.	27	16.5
15,001.à 20,000.	71	43.3
20,001.à 25,000.	39	23.8
25,001.à 30,000.	7	4.3
30,001 et plus	2	1.2
Sans réponse	2	
TOTAL	166	100

Tableau 18
Distribution selon l'ancienneté

ANCIENNETE	FREQUENCE ABSOLUE	%
Moins de 1 an	6	3.6
1-3	14	8.4
4-6	24	14.5
7-9	32	19.3
10 et plus	90	54.2
TOTAL	166	100

TABLEAU 19

INVENTAIRE DE SATISFACTION AU TRAVAIL CHEZ LE PERSONNEL SYNDIQUÉ DE L'HÔPITAL DU CHRIST-ROI

COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

N= 114

Points touchant: Relation patron-employé	Aspects reliés à la tâche	Conditions physiques de travail	Autres
<p><u>COMMENTAIRES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Communication déficiente avec le chef de service ou le directeur du service (5) - Consultation et participation inexistantes des employés à l'égard des décisions les concernant ou concernant leur travail (17) - Manque de justice du chef de service (12) - Bonne collaboration du chef de service (3) - Diffusion d'information inadéquate dans l'ensemble de l'Hôpital (2) - Manque de franchise du chef de service (2) - Manque de confiance des employés envers les coordonnatrices (2) <p><u>SUGGESTIONS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Former les cadres en gestion des ressources humaines (7) - J'aimerais que mon chef de service me dise "bonjour" en arrivant et qu'il sourit de temps à autre (5) - J'aimerais avoir un commentaire d'appréciation lorsque je fais un bon travail (4) - Rencontre de la direction avec le personnel pour discuter des questions telles que: répartition du budget et objectifs de l'établissement - Mettre sur pied un comité patron-employé pour régler les griefs <p>Le chiffre encerclé indique la fréquence du commentaire ou de la suggestion</p>	<p><u>COMMENTAIRES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Surcharge de travail (10) - Répartition inadéquate des tâches (ex.: infirmières qui font le ménage) - Pas de distinction entre infirmière et infirmiers auxiliaire - Les infirmières sont considérées comme des serveuses par les médecins - Les cabarets sont ramassés trop vite sur les étages <p><u>SUGGESTIONS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Qu'un aide masculin soit présent 24 heures sur 24 sur les départements de soins (5) - Qu'il y ait plus de personnel les fins de semaine (5) - Que l'on remplace les absences (3) - Que l'on donne plus d'initiative aux chefs de service - Ne pas laisser une personne seule sur les départements de soins lors des périodes de repas des employés - Le transport de patients vers les services de diagnostics ne devrait pas se faire par les infirmières durant les fins de semaine 	<p><u>COMMENTAIRES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Trop de bruit sur les départements (3) - Salle de repos inadéquate (2) - Département malpropre (2) - Équipement déficient - Lingerie pour patients âgés est mal classée - Manque de lingerie pour patients âgés les fins de semaine - Défectuosité des téléavertisseurs <p><u>SUGGESTION</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Baisser le son de la musique sur les étages 	<p><u>COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminution de l'horaire de travail à 4 ou 3 jours (3) - Être plus souple en ce qui concerne l'attribution de congés spéciaux et sans solde (3) - Réduire la période de vacances - Il y a trop de réunions d'infirmières-chefs - Les heures de repas sont mal réparties pour les patients - Que les syndicats protègent ceux et celles qui veulent travailler et non pas ceux et celles qui ne veulent pas travailler - Qu'on respecte la convention collective

Appendice B

Tableaux relatifs aux tests de signification

TABLEAU 20
COMPARAISON DES SUJETS SELON LEUR AFFILIATION SYNDICALE

Variables	Moyenne			Ecart type			F	Niveau de signifi- cation
	CSN N=113	SPLIQ N=36	COPS N=17	CSN N=113	SPLIQ N=36	COPS N=17		
1- Conditions physiques	2.647	2.400	2.705	.620	.774	.606	1.438	.240
2- Compétence technique du supérieur	2.817	2.857	2.705	1.031	.943	1.160	.126	.882
3- Charge de travail	2.857	2.514	2.705	.842	.817	.626	2.208	.102
4- Communication avec le supérieur	2.962	2.771	2.588	1.258	1.08	1.277	0.863	.424
5- Travail varié	2.943	2.911	2.705	.913	.830	.995	0.505	.604
6- Information du supérieur	2.738	2.685	2.235	1.223	.900	1.147	1.400	.249
7- Attribution de promotion	2.611	2.514	2.312	.931	.817	.723	.331	.437
8- Compliments du supérieur	2.578	2.400	2.176	1.271	.811	1.074	1.023	.361
9- Salaire	2.685	2.800	2.823	.953	.759	.323	.351	.704
10- Responsabilité de la tâche	2.963	2.914	2.705	.777	.701	.696	.309	.421
11- Distribution des tâches	2.596	2.314	2.647	.887	.758	.701	1.026	.290
12- Permanence de l'emploi	2.990	3.028	2.529	1.004	.663	1.007	1.919	.150
13- Consultation du chef	2.342	2.200	2.117	.996	.759	.927	.610	.544
14- Communication avec compagnons	3.201	3.171	2.588	.969	.822	.725	3.293	.032 *
15- Communication avec chef de service	2.906	2.742	2.470	1.292	.950	1.230	1.037	.357
16- Quantité de travail	3.101	3.088	3.000	.994	.900	.707	.085	.919
17- Initiative au travail	3.229	3.057	3.176	.977	.591	.951	.480	.612
18- Chance d'avancement	2.462	2.457	2.058	.996	.700	.826	1.441	.232
19- Estime du supérieur	2.952	2.857	2.315	1.182	.772	1.310	1.858	.159
20- Effort du chef pour consultation	2.546	2.457	1.941	1.240	.950	.899	2.026	.130
21- Utilisation des capacités de l'employé	2.889	2.885	2.529	.955	.631	.624	1.311	.272
22- Participation aux décisions	2.411	2.371	1.941	1.107	.942	.747	1.503	.225
23- Direction du service	2.742	2.485	2.529	1.083	.701	.874	1.057	.350
24- Administration de l'Hôpital	2.490	2.090	2.562	.977	.723	.629	2.641	.074

TABLEAU 21

COMPARAISON DES SUJETS AYANT FAIT PARTIE OU FAISANT PARTIE D'UN EXECUTIF SYNDICAL ET LES NON-MEMBRES D'EXECUTIFS SYNDICAUX

Variables	Moyenne		Ecart type		t	Seuil de signification
	Membres & anciens N= 39	Non-membres N= 121	Membres & anciens N= 39	Non-membres N= 121		
- Conditions physiques	2.529	2.632	.748	.826	-.65	.515
- Compétence technique du supérieur	2.588	2.905	1.048	.995	-1.61	.109
- Charge de travail	2.600	2.827	.695	.847	-1.45	.150
- Communication avec le supérieur	2.891	2.905	1.119	1.223	-.06	.954
- Travail varié	2.714	3.017	.893	.875	-1.79	.076
- Information du supérieur	2.571	2.720	1.008	1.169	-.68	.496
- Attribution de promotion	2.444	2.607	.843	.894	-.96	.337
- Compliments du supérieur	2.083	2.630	1.025	1.156	-2.55	.012 *
- Salaire	2.500	2.779	.845	.878	-1.69	.094
- Responsabilité de la tâche	2.833	2.966	.811	.727	-0.93	.352
- Distribution des tâches	2.285	2.617	.825	.844	-2.05	.042 *
- Permanence de l'emploi	2.777	2.991	1.045	.922	-1.17	.242
- Consultation du chef	2.114	2.336	.932	.941	-1.23	.221
- Communication avec compagnons	3.194	3.126	.889	.962	.38	.704
- Communication avec chef de service	2.828	2.864	1.098	1.226	-.16	.887
- Quantité de travail	3.029	3.117	.969	.922	-.49	.627
- Initiative au travail	2.861	3.310	.990	.851	-2.67	.008 **
- Chance d'avancement	2.400	2.427	1.090	.864	-.15	.878
- Estime du supérieur	2.685	2.956	1.078	1.122	-1.26	.208
- Effort du chef pour consultation	2.243	2.564	.983	1.192	-1.48	.140
- Utilisation des capacités de l'employé	2.583	2.949	.906	.842	-2.25	.026 *
- Participation aux décisions	2.228	2.406	1.060	1.031	.89	.374
- Direction du service	2.470	2.726	.861	.988	-1.37	.174
- Administration de l'Hôpital	2.000	2.526	.907	.904	-3.01	.003 **

P<0,05

P<0,01

TABLEAU 22

COMPARAISON DES SUJETS SELON LEUR APPARTENANCE AUX EXECUTIFS SYNDICAUX

Variables	Moyenne			Ecart type			F	Seuil de signification
	CSN N=	SPIIQ N=	COPS N=	CSN N=113	SPIIQ N=36	COPS N=17		
1- Conditions physiques	2.565	2.333	2.600	.787	.816	.547	.243	.785
2- Compétence technique du supérieur	2.600	2.833	2.200	.891	1.472	1.303	.496	.613
3- Charge de travail	2.708	2.166	2.600	.750	.408	.547	1.503	.237
4- Communication avec le supérieur	3.000	3.166	2.000	1.131	1.602	.707	1.718	.194
5- Travail varié	2.750	2.666	2.600	.896	1.032	.894	.065	.937
6- Information du supérieur	2.625	3.000	1.800	1.055	.632	.836	2.181	.129
7- Attribution de promotion	2.600	2.166	2.000	.866	.752	.707	1.485	.241
8- Compliments du supérieur	2.120	2.333	1.600	1.092	1.032	.547	.740	.485
9- Salaire	2.560	2.166	2.600	.960	.408	.547	.550	.582
10- Responsabilité de la tâche	2.880	2.833	2.600	.832	.752	.894	.238	.789
11- Distribution des tâches	2.375	1.833	2.400	.824	.983	.547	1.097	.346
12- Permanence de l'emploi	2.720	2.833	3.000	1.137	.408	1.224	.152	.859
13- Consultation du chef	2.166	2.000	2.000	.963	.894	1.000	.114	.892
14- Communication avec compagnons	3.400	3.166	2.200	.912	.408	.447	4.581	.017 *
15- Communication avec chef de service	3.000	2.666	2.200	1.142	.816	1.095	1.191	.317
16- Quantité de travail	3.000	3.200	3.000	.978	1.303	.707	.086	.918
17- Initiative au travail	2.840	2.833	3.000	1.106	.752	.707	.054	.947
18- Chance d'avancement	2.458	2.333	2.200	1.178	.816	1.095	.123	.884
19- Estime du supérieur	2.875	2.500	2.000	1.153	.547	1.000	1.514	.235
20- Effort du chef pour consultation	2.346	2.500	1.400	.977	1.048	.547	2.349	.110
21- Utilisation des capacités de l'employé	2.520	2.833	2.600	1.045	.408	.547	.278	.758
22- Participation aux décisions	2.250	2.666	1.600	1.113	1.032	.547	1.433	.253
23- Direction du service	2.608	2.333	2.000	.940	.516	.707	1.127	.336
25- Administration de l'Hôpital	2.041	1.833	2.000	1.041	.408	.707	.120	.887

* P<0,05

TABLEAU 23
COMPARAISON DES SUJETS SELON LE SEXE

Variables	Moyenne		Ecart type		t	Seuil de signifi- cation
	Hommes N= 43	Femmes N= 123	Hommes N= 43	Femmes N= 123		
1- Liberté plus grande de discuter avec le chef	4.609	4.788	1.159	.968	-.96	.336
2- Consultation plus fréquente du chef sur le travail	4.804	5.008	1.100	.983	-1.11	.269
3- Rencontre périodique - discussion sur rendement au travail	4.600	4.638	1.172	1.056	-.19	.846
4- Participation à un comité pour établir les objectifs du service	4.605	4.474	1.054	1.099	.64	.521
5- Discussion sur la possibilité d'enrichir la tâche	4.769	4.420	.959	1.161	1.70	.092
6- Discussion plus longue avec le chef lors de conflits	5.100	4.800	1.128	1.164	1.42	.157
7- Participation à un comité - évaluation du rendement des employés	3.926	3.658	1.473	1.213	1.16	.249
8- Participation à un comité -mesures disciplinaires à appliquer	3.763	3.260	1.497	1.265	2.04	.043 *
9- Participation à un comité - manuel d'éthique sur comportement à suivre	3.947	3.546	1.161	1.233	1.77	.079
10- Discussion avec le chef - objectifs à atteindre	4.219	4.152	1.107	.930	.38	.706
11- Participation à un comité - réduction du déficit	4.513	4.175	1.283	1.058	1.62	.108
12- Communication plus fréquente avec le chef de service	4.634	4.554	1.135	1.039	.41	.680
13- Accomplissement de tâches supplémentaires	3.108	3.437	1.663	1.293	-1.26	.210
14- Participation à un comité - discussion sur fonctionnement du service	4.321	4.369	1.081	1.171	.24	.811
15- Participation à un comité - application des mesures disciplinaires	3.487	3.241	1.554	1.424	.91	.364
16- Amélioration du processus de règlement de grief - entente hors convention	5.051	4.387	1.146	1.277	2.88	.005 *
17- Nomination d'un arbitre unique - entente hors convention	3.894	3.608	1.752	1.532	.96	.337
18- Adaptation de la convention collective aux besoins de l'Hôpital	3.921	3.840	1.776	1.535	.27	.786

P<0,05

* P<0,01

TABLEAU 24
COMPARAISON DES SUJETS SELON LEUR AFFILIATION SYNDICALE

Variables	Moyenne			Ecart type			F	Seuil de signification
	CSN N=113	SPIIQ N=36	COPS N=17	CSN N=113	SPIIQ N=36	COPS N=17		
- Liberté plus grande de discuter avec le chef	4.688	4.727	5.117	1.060	.875	.995	1.313	.271
- Consultation plus fréquente du chef sur le travail	4.563	5.000	5.470	1.008	1.015	0.943	2.732	.068
- Rencontre périodique - discussion sur rendement au travail	4.638	4.382	5.058	1.063	1.073	1.144	2.263	.107
- Participation à un comité pour établir les objectifs du service	4.495	4.382	4.823	1.093	1.101	1.014	.951	.388
- Discussion sur la possibilité d'enrichir la tâche	4.551	4.147	4.941	1.083	1.209	1.029	3.195	.043
- Discussion plus longue avec le chef lors de conflits	4.844	4.794	5.235	1.241	.977	.903	.943	.391
- Participation à un comité - évaluation du rendement des employés	3.763	3.500	3.941	1.347	1.212	.966	.810	.446
- Participation à un comité - mesures disciplinaires à appliquer	3.434	3.176	3.470	1.323	1.217	1.662	.515	.594
- Participation à un comité - manuel d'éthique sur comportement à suivre	3.669	3.558	3.649	1.208	1.235	1.366	.105	.900
- Discussion avec le chef - objectifs à atteindre	4.138	4.201	4.294	.999	1.008	.771	.213	.802
- Participation à un comité - réduction du déficit	4.201	4.147	4.764	1.161	.857	1.032	2.039	.133
- Communication plus fréquente avec le chef de service	4.500	4.484	5.235	1.081	1.008	.831	3.814	.024
- Accomplissement de tâches supplémentaires	3.390	3.205	3.470	1.431	1.409	1.124	.285	.752
- Participation à un comité - discussion sur fonctionnement du service	4.300	4.323	5.000	1.114	1.272	.935	2.838	.061
- Participation à un comité - application des mesures disciplinaires	3.419	2.911	3.375	1.492	1.356	1.360	1.591	.207
- Amélioration du processus de règlement de grief - entente hors convention	4.673	4.264	4.411	1.194	1.442	1.372	1.443	.239
- Nomination d'un arbitre unique - entente hors convention	3.805	3.441	3.375	1.547	1.636	1.746	1.003	.369
- Adaptation de la convention collective aux besoins de l'Hôpital	3.962	3.575	3.764	1.510	1.803	1.678	.777	.461

TABLEAU 25

COMPARAISON DES SUJETS AYANT FAIT PARTIE OU FAISANT PARTIE D'UN EXECUTIF SYNDICAL ET LES NON-MEMBRES D'EXECUTIFS SYNDICAUX

Variables	Moyenne		Ecart type		t	Seuil de signification
	Membres	Non-membres	Membres	Non-membres		
	N= 39	N= 121	N= 39	N=121		
1- Liberté plus grande de discuter avec le chef	4.611	4.769	1.103	.995	-.81	.418
2- Consultation plus fréquente du chef sur le travail	5.027	5.915	.986	1.026	.58	.560
3- Rencontre périodique - discussion sur rendement au travail	4.638	4.589	1.125	1.076	.24	.813
4- Participation à un comité pour établir les objectifs du service	4.514	4.460	1.095	1.078	.26	.799
5- Discussion sur la possibilité d'enrichir la tâche	4.611	4.474	1.225	1.091	.64	.524
6- Discussion plus longue avec le chef et représentant du personnel lors de conflits	4.837	4.914	1.191	1.111	-.36	.720
7- Participation à un comité - évaluation du rendement des employés	3.918	3.694	1.256	1.298	.92	.357
8- Participation à un comité - mesures disciplinaires à appliquer	3.457	3.422	1.615	1.224	.14	.892
9- Participation à un comité - manuel d'éthique sur comportement à suivre	3.742	3.663	1.245	1.201	.34	.735
0- Discussion avec le chef - objectifs à atteindre	4.052	4.226	1.064	.956	-.94	.347
1- Participation à un comité - réduction du déficit	4.257	4.258	1.197	1.056	-.01	.994
2- Communication plus fréquente avec le chef de service	4.432	4.589	.929	1.100	-.79	.433
3- Accomplissement de tâches supplémentaires	2.971	3.465	1.543	1.328	-1.86	.065
4- Participation à un comité - discussion sur fonctionnement du service	4.457	4.344	1.039	1.188	.50	.615
5- Participation à un comité - application des mesures disciplinaires	3.222	3.371	1.641	1.403	-.53	.594
6- Amélioration du règlement de grief - entente hors convention	4.333	4.646	1.568	1.180	-1.27	.205
7- Nomination d'un arbitre unique - entente hors convention	3.361	3.875	1.588	1.525	-1.74	.084
8- Adaptation de la convention collective aux besoins de l'Hôpital	3.055	4.146	1.739	1.434	-3.78	.000 *

* $P < 0,01$

TABLEAU 26
COMPARAISON DES SUJETS SELON LEUR APPARTENANCE AUX EXECUTIFS SYNDICAUX

Variables	Moyenne			Ecart type			F	Seuil de signification
	CSN N= 8	SPIIQ N= 6	COPS N= 6	CSN N=113	SPIIQ N=36	COPS N=17		
1- Liberté plus grande de discuter avec le chef	4.653	3.800	5.200	1.129	.447	1.095	3.162	.050 *
2- Consultation plus fréquente du chef sur le travail	4.961	4.500	6.000	.870	1.378	0	3.889	.030 *
3- Rencontre périodique - discussion sur rendement au travail	4.680	4.160	5.000	1.181	.408	1.414	.793	.460
4- Participation à un comité pour établir les objectifs du service	4.500	4.166	5.000	1.063	.983	1.414	.787	.463
5- Discussion sur la possibilité d'enrichir la tâche	4.720	3.833	5.000	1.242	1.199	1.000	3.614	.032 *
6- Discussion plus longue avec le chef et représentant du personnel lors de conflits	4.923	4.500	4.800	1.230	1.224	1.095	.299	.743
7- Participation à un comité - évaluation du rendement des employés	3.961	3.333	4.400	1.370	.516	1.140	1.037	.365
8- Participation à un comité - mesures disciplinaires à appliquer	3.416	2.833	4.400	1.558	1.329	2.073	1.333	.278
9- Participation à un comité - manuel d'éthique sur comportement à suivre	3.750	3.666	3.800	1.151	1.366	1.788	.016	.984
10- Discussion avec le chef - objectifs à atteindre	4.074	3.666	4.400	1.141	0.516	1.641	.654	.524
11- Participation à un comité - réduction du déficit	4.208	4.000	4.800	1.350	0	1.095	.660	.524
12- Communication plus fréquente avec le chef de service	4.461	3.666	5.200	.904	.516	.836	4.483	.018 *
13- Accomplissement de tâches supplémentaires	3.208	2.166	2.800	1.559	1.329	1.643	1.139	.339
14- Participation à un comité - discussion sur fonctionnement du service	4.291	4.500	5.200	.999	1.224	.836	1.649	.202
15- Participation à un comité - application des mesures disciplinaires	3.240	2.500	4.000	1.614	1.224	2.121	1.155	.327
16- Amélioration du processus de règlement de grief - entente hors convention	4.560	3.500	4.700	1.356	1.870	2.167	1.136	.333
17- Nomination d'un arbitre unique - entente hors convention	3.600	2.833	2.800	1.554	1.602	1.788	.922	.407
18- Adaptation de la convention collective aux besoins de l'Hôpital	3.360	2.166	2.600	1.776	1.602	1.516	1.366	.269

P<0,05

Appendice C

Instruments de mesure

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Le but de ce questionnaire consiste à vous fournir l'occasion d'exprimer ce que vous ressentez face à votre emploi actuel. Il comprend trois (3) parties différentes:

Dans la première partie, nous aimerions connaître certaines caractéristiques qui vous sont propres en tant qu'employé à l'Hôpital du Christ-Roi, de même que certains aspects reliés à votre emploi actuel.

La deuxième partie du questionnaire concerne la satisfaction au travail en tant que telle. Nous aimerions ici savoir si vous êtes satisfait (e) ou non des différents aspects de votre emploi actuel.

La troisième partie se rapporte à vos attitudes face à une modification des politiques et mécanismes de gestion reliés aux communications et à la participation des employés.

N.B.: Certaines questions peuvent vous sembler identiques; répondez-y de votre mieux et ne revenez pas sur des questions auxquelles vous avez déjà répondu. Répondez plutôt aux questions les unes à la suite des autres.

Vos réponses à ce questionnaire seront considérées comme strictement confidentielles et votre identité ne sera dévoilée sous aucun prétexte. Nous espérons que cela vous encouragera à être franc (he) et honnête, car notre étude ne sera valable que si votre coopération est franche.

Cette étude s'inscrit dans le cadre des objectifs que s'est fixé le Conseil d'administration pour l'année 1984, ainsi que dans le cadre d'un mémoire de maîtrise en économie et gestion des systèmes de petite et moyenne dimension de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

INVENTAIRE DE SATISFACTION AU TRAVAIL
CHEZ LE PERSONNEL SYNDIQUÉ DU CENTRE
HOSPITALIER CHRIST-ROI DE NICOLET

DÉPARTEMENT D'ADMINISTRATION ET D'ÉCONOMIE
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

1984

PARTIE I: GÉNÉRALITÉS1. Votre sexe:1 ☐ masculin2 ☐ féminin☐2. Votre âge:1 ☐ 16-206 ☐ 41-452 ☐ 21-257 ☐ 46-503 ☐ 26-308 ☐ 51-554 ☐ 31-359 ☐ 56-605 ☐ 36-4010 ☐ 60 et plus☐3. Veillez encercler votre nombre d'années de scolarité:

3	4	5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18	et plus	

☐4. Votre affiliation syndicale:1 ☐ C.S.N.2 ☐ S.P.I.I.Q.3 ☐ COPS incluant APTMQ, SPTRMQ, ATDQ et APPQ☐5. a) Votre statut actuel:1 ☐ temps plein2 ☐ temps partiel☐

5. b) Si vous travaillez à temps partiel, combien d'heures de travail faites-vous en moyenne par semaine?

1 ☐ moins de 7 heures

2 ☐ 8-14

3 ☐ 15-21

4 ☐ 22-28

5 ☐ 29 et plus

☐

6. Votre salaire à l'Hôpital du Christ-Roi se situe au niveau de:

1 ☐ Moins de \$10,000.00/année

2 ☐ \$10,001.00 à \$15,000.00

3 ☐ \$15,001.00 à \$20,000.00

4 ☐ \$20,001.00 à \$25,000.00

5 ☐ \$25,001.00 à \$30,000.00

6 ☐ \$30,001 et plus

☐

7. Vous êtes à l'emploi de l'Hôpital du Christ-Roi depuis:

1 ☐ Moins d'un (1) an

2 ☐ 1-3

3 ☐ 4-6

4 ☐ 7-9

5 ☐ 10 et plus

☐

8. Êtes-vous membre de votre exécutif syndical?

1 ☐ oui

2 ☐ non

☐

Si oui, lequel?

- 1 ☐ C.S.N.
- 2 ☐ S.P.I.I.Q.
- 3 ☐ COPS incluant APTMQ, SPTRMQ,
ATDQ et APPQ

☐

9. Avez-vous déjà fait partie de l'exé-
cutif syndical?

- 1 ☐ oui
- 2 ☐ non

☐

Si oui, lequel?

- 1 ☐ C.S.N.
- 2 ☐ S.P.I.I.Q.
- 3 ☐ COPS incluant APTMQ, SPTRMQ,
ATDQ et APPQ

☐

PARTIE II: INVENTAIRE DE SATISFACTION

1. **PAS DU TOUT SATISFAIT (E)** : c.-à-d. cet aspect de mon emploi n'est pas du tout ce que j'aimerais qu'il soit.
2. **PEU SATISFAIT (E)** : c.-à-d. cet aspect de mon emploi n'est pas tout à fait ce que j'aimerais qu'il soit.
3. **SATISFAIT (E)** : c.-à-d. cet aspect de mon emploi est ce que j'espérais qu'il soit.
4. **TRÈS SATISFAIT (E)** : c.-à-d. cet aspect de mon emploi est mieux que ce que j'espérais qu'il soit.
5. **EXTRÊMEMENT SATISFAIT (E)**: c.-à-d. cet aspect de mon emploi est beaucoup mieux que ce que j'espérais qu'il soit.

DEMANDEZ-VOUS: Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait (e) de cet aspect de votre emploi?
 Encercliez le numéro correspondant à votre opinion.

- | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|--------------------------|
| 1. Des conditions physiques dans mon travail
(bruit, chauffage, équipement) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 2. De la compétence technique de mon supérieur
lorsqu'il prend des décisions | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 3. De ma charge de travail | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 4. De la possibilité de communiquer avec
mon supérieur | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 5. De la possibilité de faire du travail
varié | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 6. De l'information que me fournit mon
chef de service | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 7. De la façon dont sont données les
promotions à l'Hôpital du Christ-Roi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 8. Des compliments qui me sont faits pour
un bon travail | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |

1. **PAS DU TOUT SATISFAIT (E)** : c.-à-d. cet aspect de mon emploi n'est pas du tout ce que j'aimerais qu'il soit.
2. **PEU SATISFAIT (E)** : c.-à-d. cet aspect de mon emploi n'est pas tout à fait ce que j'aimerais qu'il soit.
3. **SATISFAIT (E)** : c.-à-d. cet aspect de mon emploi est ce que j'espérais qu'il soit.
4. **TRÈS SATISFAIT (E)** : c.-à-d. cet aspect de mon emploi est mieux que ce que j'espérais qu'il soit.
5. **EXTRÊMEMENT SATISFAIT (E)**: c.-à-d. cet aspect de mon emploi est beaucoup mieux que ce que j'espérais qu'il soit.

DEMANDEZ-VOUS: Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait (e) de cet aspect de votre emploi?
Encerclez le numéro correspondant à votre opinion.

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--------------------------|
| 9. De mon salaire | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 10. Des responsabilités que comporte mon
emploi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 11. De la distribution des tâches selon la
compétence des employés | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 12. De la permanence de mon emploi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 13. Des consultations qu'on me fait avant
de prendre des décisions impliquant
mon travail | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 14. De la facilité de communiquer avec
mes compagnons de travail | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 15. De la communication avec mon chef de
service | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 16. De la quantité de travail que
j'accomplis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 17. De la possibilité d'organiser moi-même
mon travail | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |

1. **PAS DU TOUT SATISFAIT (E)** : c.-à-d. cet aspect de mon emploi n'est pas du tout ce que j'aimerais qu'il soit.
2. **PEU SATISFAIT (E)** : c.-à-d. cet aspect de mon emploi n'est pas tout à fait ce que j'aimerais qu'il soit.
3. **SATISFAIT (E)** : c.-à-d. cet aspect de mon emploi est ce que j'espérais qu'il soit.
4. **TRÈS SATISFAIT (E)** : c.-à-d. cet aspect de mon emploi est mieux que ce que j'espérais qu'il soit.
5. **EXTRÊMEMENT SATISFAIT (E)**: c.-à-d. cet aspect de mon emploi est beaucoup mieux que ce que j'espérais qu'il soit.

DEMANDEZ-VOUS: Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait (e) de cet aspect de votre emploi?
Encerclez le numéro correspondant à votre opinion.

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--------------------------|
| 18. De mes chances d'avancement | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 19. De l'estime qu'a mon chef de service
envers moi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 20. De l'effort que fait mon chef de
service pour me demander mon idée | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 21. De la possibilité d'utiliser mes
capacités dans mon travail | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 22. De ma participation aux décisions qui
sont prises dans mon service | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 23. De la façon dont on dirige mon service . | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 24. De mon exécutif syndical | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 25. De la façon dont on administre
l'Hôpital du Christ-Roi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <input type="checkbox"/> |

PARTIE III: DANS CETTE PARTIE DU QUESTIONNAIRE, NOUS VOUDRIONS CON-
NAÎTRE VOTRE OPINION FACE À DE NOUVELLES FORMES DE GESTION
QUI POURRAIENT ÊTRE MISES DE L'AVANT À L'HÔPITAL DU
CHRIST-ROI

Veuillez indiquer pour chacun des énoncés suivants, votre accord ou désaccord en encerclant le numéro correspondant à votre opinion personnelle.

1	2	3	4	5	6
Totalement en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	D'accord	Très d'accord	Totalement d'accord

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|--------------------------|
| 1. J'aimerais être plus libre de discuter avec mon chef de service | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | <input type="checkbox"/> |
| 2. J'aimerais que mon chef de service me consulte plus souvent lorsqu'il s'agit de décision touchant l'organisation de mon travail | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | <input type="checkbox"/> |
| 3. J'aimerais rencontrer mon chef de service périodiquement pour discuter avec lui de mon rendement au travail | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | <input type="checkbox"/> |
| 4. J'aimerais participer à un comité formé d'employés et de mon chef de service pour établir les objectifs à atteindre dans mon service pour la prochaine année | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | <input type="checkbox"/> |
| 5. Tout en étant réaliste, j'aimerais discuter avec mon chef de service des responsabilités supplémentaires que je pourrais assumer, afin de rendre mon travail plus intéressant | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | <input type="checkbox"/> |
| 6. Lors d'un conflit et avant de formuler un grief, j'aimerais avoir l'occasion de discuter plus longuement avec mon chef de service et les représentants du service du personnel | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | <input type="checkbox"/> |

Veillez indiquer pour chacun des énoncés suivants, votre accord ou désaccord en encerclant le numéro correspondant à votre opinion personnelle.

1	2	3	4	5	6
Totalement en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	D'accord	Très d'accord	Totalement d'accord

- | | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|--|--------------------------|
| 7. | J'aimerais participer avec mon chef de service à élaborer une politique servant à évaluer le rendement des employés de mon service | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | <input type="checkbox"/> |
| 8. | J'aimerais faire partie d'un groupe de discussion sur les mesures disciplinaires à appliquer pour les employés qui ne respectent pas certaines politiques de l'hôpital | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | <input type="checkbox"/> |
| 9. | J'aimerais collaborer avec mon patron à établir un manuel d'éthique professionnelle comportant les comportements à suivre pour les employés de l'Hôpital du Christ-Roi . | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | <input type="checkbox"/> |
| 10. | J'aimerais établir avec mon chef de service les objectifs que j'aurais à atteindre pour la prochaine année | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Dans le cadre de restrictions budgétaires, j'aimerais collaborer avec mon chef de service à étudier les mesures à prendre pour réduire le déficit de mon service | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | <input type="checkbox"/> |
| 12. | J'aimerais communiquer plus souvent avec mon chef de service | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Tout en étant réaliste, j'aimerais effectuer des tâches supplémentaires pour conserver mon poste actuel à l'hôpital | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | <input type="checkbox"/> |

Veillez indiquer pour chacun des énoncés suivants, votre accord ou désaccord en encerclant le numéro correspondant à votre opinion personnelle.

1	2	3	4	5	6
Totalement en désaccord	Très en désaccord	En désaccord	D'accord	Très d'accord	Totalement d'accord

- | | | | | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|---|--|--------------------------|
| 14. | J'aimerais participer à un comité formé de collègues et de mon chef de service pour discuter périodiquement du fonctionnement de notre service | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | <input type="checkbox"/> |
| 15. | J'aimerais participer à un comité ayant pour tâche de décider des mesures disciplinaires à appliquer pour l'employé qui ne respecterait pas certaines politiques de l'hôpital | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | <input type="checkbox"/> |
| 16. | Même si cela devenait une entente hors convention collective, j'aimerais que les patrons et le syndicat s'entendent pour améliorer le processus de règlement de griefs à l'Hôpital du Christ-Roi . | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | <input type="checkbox"/> |
| 17. | En ignorant la convention collective en vigueur, j'aimerais qu'on accélère le processus de règlement de griefs en nommant un arbitre unique à l'Hôpital du Christ-Roi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | <input type="checkbox"/> |
| 18. | Je serais d'accord à ce qu'un comité de travail patron-employé adapte la convention collective aux besoins de l'Hôpital du Christ-Roi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | <input type="checkbox"/> |

19.

COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

Cette dernière question vous donne l'occasion de formuler des commentaires personnels sur votre satisfaction ou insatisfaction au travail, de citer des suggestions et attentes pour améliorer votre condition de vie au travail ou mentionner toutes autres remarques jugées importantes.

[illegible]

Appendice D

Informations supplémentaires



675 ST-JEAN-BAPTISTE
NICOLET, P. Q.
JOG 1E0

Hôpital du Christ-Roi

Tél. : (819) 293-2071

COMMUNIQUÉ

AUX : CHEFS DE SERVICE

DE : LA DIRECTION GÉNÉRALE

OBJET: Inventaire de satisfaction au travail

Veuillez prendre note que deux (2) autres rencontres sont prévues dans le but de permettre à tous ceux et celles qui n'ont pu être présents aux rencontres précédentes (non cédulés, congé férié, vacances, congé maladie, etc .) de remplir le questionnaire.

S.V.P. indiquer, s'il y a lieu, le nom des personnes qui seront présentes lors desdites rencontres:

Jeudi le 4 octobre

13:00 à 14:00 hres

Nom

Sélie Chevalier

Vendredi le 5 octobre

13:00 à 14:00 hres

Nom

Vous remerciant à l'avance de votre collaboration.
Recevez mes salutations distinguées.

Louis Brunelle, Adm.A.
Conseiller à la direction
générale

LB/gm

Le 2 octobre 1984

CÉDULE POUR QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

SALLE DE COURS

SERVICE _____

Merc. le 26 sept.

13:00 à 14:15 hres

NOMS

Jeudi le 27 sept.

08:30 à 10:45 hres

NOMS

Vend. le 28 sept.

13:00 à 14:15 hres

NOMS

14:30 à 15:45 hres

NOMS

10:45 à 12:00 hres

NOMS

13:00 à 14:15 hres

NOMS

14:30 à 15:45 hres

NOMS

19:00 à 20:00 hres

NOMS

20:00 à 21:00 hres

NOMS

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

PRESENCES

DATE:

[illegible][illegible]

Remerciements

L'auteur tient à remercier son directeur de recherche, le professeur Bruno Fabi, D.Ps.. pour son aide, sa précieuse collaboration et surtout l'intérêt qu'il a démontré tout au cours de cette étude.

Il convient également de souligner le travail clérICAL accompli par Mesdames Jeanne d'Arc Gaudreau et Ginette Montplaisir.

Références

- ADAM, E.E. et al. (1981). Developing quality productivity for public sector personal service, Public productivity review, V, pp. 45-61.
- AUCOIN, L. (1981). Un véritable réseau des Affaires sociales? Diagnostics et conditions de réalisations. Administration hospitalière et sociale, juillet-août, pp. 6-9.
- BÉLANGER, G. (1983). Devrions-nous bannir de notre vocabulaire le mot productivité? Gestion, 1, pp. 38-41.
- BÉLANGER, G. (1981). L'économie du secteur public. Chicoutimi: Gaétan Morin.
- BÉLANGER, G., Migué J.L. (1972). Le prix de la santé. Montréal: Hurtubise.
- BÉLANGER, L. (1983). Gestion des ressources humaines. Chicoutimi: Gaétan Morin.
- BENT, D.H., HULL, C.H., JENKINS, J.G., NIE, N.H., STEINBRENNER, K. (1975). Statistical package for the social sciences. New-York: McGraw-Hill.
- BERGERON, J.L. (1982). La qualité de vie au travail. De quoi parle-t-on exactement? Revue Commerce, 11, pp. 27-34.
- BERGERON, J.L., COTÉ-LÉGER, N., JACQUES, J., BÉLANGER, L. (1979). Les aspects humains de l'organisation, Chicoutimi: Gaétan Morin.
- BIRD, R.M. (1979). The growth of public employment in Canada. Institute for research on public policy, 3, Toronto, pp. 109-124.
- BLAIN, G. (1969). Essai sur l'administration hospitalière. Montréal: Éditions de recherches administratives.
- BOISVERT, M. (1980). La qualité de vie au travail. Montréal: Agence d'arc.
- BOISVERT, M., THÉRIAULT, R. (1977). Importance des différences individuelles dans l'intervention et le design pour l'amélioration de la qualité de vie au travail. Texte présenté à la conférence de NATO, Italie, juin.

- BRAULT, L., PETITCLERC, M. (1981). Bilan de la productivité au Québec. Étude réalisée pour l'Institut nationale de productivité, Montréal.
- BROSSARD, M. (1981). Les syndicats nord-américains et les groupes semi-autonomes de production. Gestion, 2, p. 9.
- BROWN, R.E. (1970). Hospitals CAHA, cité par Anne Somers in Health care in transition, 1, p. 99.
- BUCHANAN, J.M. (1977). "Why does government grow?". Durham: T.E. edition.
- CHAREST, L., BOURCLAY, L., GUAY, D., BOISVERT, M. (1984). QVT une philosophie de gestion. Études et recherches sur la qualité de vie au travail réalisées dans le cadre d'un projet relais, UQTR.
- COCHRANE, A.L. (1975). Effectiveness an efficiency. Canadian journal of public health, 66, pp. 1-82.
- C.R.S.S.S.-04 (1982). État des ressources en services hospitaliers et hébergement - région 04, Trois-Rivières.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P. (1980). Le regroupement des hôpitaux selon leur production: base d'évolution de leur performance, Actualité économique, 2, pp. 308-338.
- CÔTÉ, M. (1982). La productivité une question de fait, de perspective et d'idéologie, texte présenté à la table ronde sur la productivité tenue à Montréal en novembre, Fédération canadienne des sciences sociales, Montréal.
- CÔTÉ, M., TEGA, V. (1980). Démocratie industrielle. Montréal: Agence d'arc.
- CRANE, E.C. (1976). State Government Productivity: the environment for improvement. New-York: Praeger publishers.
- DAYRE, J. (1952). Productivité mesure de progrès. Étude réalisée pour l'Association française pour l'accroissement de la productivité, Paris.
- DELORME, P. (1982). Séparer les pommes des oranges ... Productivité? Performance? Efficience? Efficacité? Productivités, 5, 5, p. 2.
- DOLAN, S., ARSENAULT, A. (1982). Stress, santé et rendement au travail. Texte publié par l'école des relations industrielles, Université de Montréal, 5, p. 142.

- EVANS, R.G. (1971). Behavioral cost functions for hospitals. Revue canadienne d'économie, IV, 2, pp. 12-19.
- FABI, B. (1984). Privé ou public: choix et transfert de secteur organisationnel. Relations industrielles, 39, 2, pp. 313-334.
- FABI, B. (1983). Amélioration de la productivité des ressources humaines aux secteurs publics et parapublics. Texte d'une communication donnée à l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences (ACFAS), UQTR.
- FELDSTEIN, P.J. (1975). The relationships of cost to hospital size. Inquiry, 4, 2, pp. 45-65.
- FELDSTEIN, M.S. (1976). Economics analysis for health service efficiency. Amsterdam: N.H. Publishing.
- FORTIN, P. (1982). Le budget du Québec: apocalypse now. Les affaires, 1, p. 14.
- FOURASTIE, J. (1968). La productivité. Paris: PUF.
- GASCON, D., ROY, P.M. (1982). La productivité dans le secteur public: les écrits récents sur le sujet, particulièrement ceux qui portent sur le Québec, cahier 8205 du LABREV, UQAM.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (1972). Règlement en vertu de la Loi sur les services de santé et services sociaux. A.C. 3322-72, art. 2.3.1 par. a.i.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (1982). Répertoire des établissements de santé et de services sociaux publié par le ministère des Communications, Québec.
- GRENON, A., PINSON, G., GAUTHIER, P.H. (1981). L'analyse des coûts à l'hôpital. Paris: Dunod.
- HAYEK, F.A. (1960). The constitution of liberty. Chicago: University of Chicago press.
- ISLAM, N., PAQUET, M. (1975). Les étudiants et la fonction publique: une étude des perceptions, des valeurs professionnelles et de l'attrait comparatif. Administration publique du Canada, 18, pp. 39-54.
- JAIN, H.C. (1982). The role of human resource Management in improving productivity, texte présenté à la table ronde sur la productivité tenue à Montréal en novembre, Fédération canadienne des sciences sociales, Montréal, pp. 1-41.

- JOHNSTON, C.P., ALEXANDER, M., ROBIN, J. (1978). La qualité de vie au travail l'idée et son application. La qualité de vie au travail - Travail Canada, p. 12.
- KAHN, J., WESTLEY, W.A. (1984). L'environnement du travail en milieu hospitalier problèmes et perspectives. La qualité de vie au travail - Travail Canada, pp. 1-120.
- KLINGER, D.F. (1982). Personal policies and productivity. Public Personal Management, 3, pp. 277-281.
- KUSHER, J. (1960). Economies of scale in the general hospital industry. London: University of Western Ontario.
- LAMOUREUX, D. (1984). Un diagnostic rapide de l'état de santé de l'entreprise. Productivités, 5, 5, p. 5.
- LANDRY, F.J., et al. (1982). The bottom-line in performance evaluation. Public productivity review, 41, 2, pp. 78-92.
- LAPORTE, J.P. (1983). Les syndicats et la gestion participative. Montréal: Agence d'arc.
- LAROUCHE, V. (1975). Inventaire de satisfaction au travail: validation. Relations industrielles, 30, 3, pp. 343-374.
- LEFEVRE, P. (1984). La satisfaction au travail engendre la productivité. Revue Notre-Dame, 4, p. 16.
- LÉGARÉ, J.Y. (1982). La décentralisation des services de santé: prospective des années 80. Montréal: Administration et santé.
- LEGAULT, M. (1982). Les cadres: de face, de dos et de profil. Productivités, 3, 3, pp. 1-2.
- LE LOUARN, J.Y. (1978). Étude empirique de la satisfaction au travail des professeurs de l'Université de Montréal. Thèse de maîtrise, Université de Montréal.
- LEVY, E. (1977). L'hôpital est-il une entreprise? Gestion, 4, pp. 14-24.
- MANN, J.K., YETT, D.E. (1968). The analysis of hospital cost. Journal of business, 2, pp. 191-202.
- MCNEIL, J., LEMELIN, M. (1982). Productivité et qualité de vie au travail. Montréal: Agence d'arc.
- MCQUEEN, R.J.C. (1977). Change is vital if small hospitals are to survive. Hospital Administration in Canada, 12, p. 4.

- MERCIER, F. (1983). Entre l'utopie et l'impuissance ou la coopération patronale-syndicale. Magazine MBA, 9, p. 22.
- MILLS, T. (1978). The name that isn't there. Exposé au centre international de recherches et d'études en management. La qualité de vie au travail - Travail Canada.
- NEWHOUSE, J.P. (1970). Toward a theory of nonprofit institution: an economic model of a hospital. American economic review, 60, 1, p. 70.
- NEWLAND, K. (1982). Productivity: the new content. World watch, 49, p. 15.
- NIGHTINGALE, L. (1977). La notion de participation ouvrière et son application au Canada. La Gazette du travail, 8, p. 344.
- PARKER, A. (1981). Productivity and structural change in strengthening the economy. Étude réalisée pour le centre de la politique démocratique, Washington D.C.
- PELLAN, G. (1980). Réflexions sur les zones de similitude et de différenciation entre l'entreprise privée et l'entreprise publique. Administration hospitalière et sociale, juillet - août, pp. 20-28.
- PICARD, L. (1980). La gestion dans les secteurs privés et publics. Gestion, 1, p. 30.
- ROBERT, D. (1981). La qualité de vie au travail et la productivité. Revue Commerce, octobre, pp. 17-24.
- ROBERT, P. (1981). La productivité: croissance, mesure et problème. Texte publié dans le cadre d'un colloque organisé par l'INP, Montréal.
- ROSENTHAL, E. (1980). Les syndicats doivent-ils participer aux initiatives de qualité de vie au travail? La qualité de vie au travail - Travail Canada, p. 10.
- SAUVY, A. (1956). Théorie générale de la productivité. Paris: PUF.
- SCHUMACHER, E.F. (1973). Small is beautiful. Paris: Le Seuil, p. 75.
- STATISTIQUES CANADA (1978). Mesures globales de productivité 1946-77. Cat. 14-201, p. 15.
- TOULOUSE, J.M., LAPOINTE, A. (1977). Analyse préliminaire de l'élite économique. Revue Commerce, octobre, pp. 14-34.

- THEAT, T.F. (1976). Performance of merging hospitals. Medical care, 14, pp. 199-209.
- TRIST, E. (1981). La qualité de vie au travail et l'amélioration de l'organisation. Choix de textes sur la qualité de vie au travail publié par Travail Canada, Ottawa.
- TUCKER, S.L. (1978). Hospital in USA. World hospitals, XIV, 4, p. 49.
- VANASSE, C. (1984). Vers un nouveau syndicalisme. Bulletin CSD, 2, 3, pp. 3-5.
- VENNAT, P. (1981). La CSN veut accentuer sa campagne de démocratisation des entreprises. La Presse, 1er septembre, p. 315.
- WARRIAN, P. (1980). Opinion syndicale sur les questions de la QVT dans les industries axées sur les ressources. La qualité de vie au travail - Travail Canada, p. 14.
- WAVROCH, H. (1984). Entrevue publiée par l'Association des hôpitaux du Québec. Artère, 2, 4, p. 4.